

令和 年 月 日

弘前市長 様

申請者 住 所  
氏 名 ※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

弘前市子ども医療費損害賠償受給報告書

下記のとおり損害賠償を受けたので、弘前市子ども医療費給付条例第8条の規定により届け出ます。

記

|            |       |  |      |  |
|------------|-------|--|------|--|
| 対象者        | 住 所   |  |      |  |
|            | 氏 名   |  | 生年月日 |  |
|            | 登録番号  |  |      |  |
| 損害賠償をした者   | 住 所   |  |      |  |
|            | 氏 名   |  | 生年月日 |  |
|            | 職 業   |  |      |  |
| 医療機関       | 名 称   |  |      |  |
|            | 所 在 地 |  |      |  |
|            | 診療期間  |  |      |  |
| 損害賠償を受けた内容 |       |  |      |  |

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)