

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)