様式第4号（第4条関係）

　　　　年　　月　　日

丸亀市長　宛

住所

世帯主　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個人番号

電話番号　　（　　）

原爆一般疾病医療費の支給等受給者に関する届出書

次のとおり原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者を届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号・番号 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者 | １ | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療等の名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| ２ | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療等の名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| ３ | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療等の名称 | |  | | | | | | | | | | | |

※　原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者であることを証する書類を添付してください。