

| | | |
|------|----|----|
| 事務局長 | 課長 | 課員 |
| | | |

公費負担受給開始・停止報告書

| | | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------|----------|----------------|---------|
| 組合員等 | 記号 | 853 | 所属所名 | 〇〇市 | | |
| | 番号 | 1000 | 組合員氏名 | 共 済 太 郎 | | |
| 該 当 者 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 公費番号 | 開始・停止年月日 | | |
| 共 済 太 郎 | 本人 | 昭和 平成 令和 50年1月1日 | 91 | 開始 停止 | 昭和 平成 令和 | 28年1月1日 |
| 共 済 次 郎 | 長男 | 昭和 平成 令和 15年1月1日 | 91 | 開始 停止 | 昭和 平成 令和 | 28年1月1日 |
| 共 済 花 子 | 長女 | 昭和 平成 令和 18年1月1日 | 91 | 開始 停止 | 昭和 平成 令和 | 28年1月1日 |
| 該 当 者 住 所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇 | | | | | |
| 公 費 負 担 の | 市・町 重度心身障害者医療費の助成に関する条例 公費番号 90 | | | | | |
| | 〇〇〇 | 市・町 母子(父子)家庭医療費の助成に関する条例 公費番号 91 | | | | |
| 関 係 条 例 等 | その他 (法律等の名称) | | | | | |
| 受 給 の 範 囲 | | | | | | |
| 上記のとおり報告します。 香川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 組合員 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇 氏名 共 済 太 郎 | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇〇〇〇〇 | | | | | | |

※ この報告書には、身体障害者手帳の写し、医療証（受給者証）の写しを添付してください。