

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		所属所名
	番号		組合員氏名
該 当 者 氏 名	続柄	生 年 月 日	公費番号
		昭和 平成 令和 年 月 日	開始 停止
		昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
該 当 者 住 所	〒		
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		
関 係 条 例 等	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		
受 給 の 範 囲	その他 (法律等の名称)		
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">香川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名</p>			

※ 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。