

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	開始 停止
			年 月 日	昭和 平成 令和
			年 月 日	開始 停止
			年 月 日	昭和 平成 令和
			年 月 日	開始 停止
該当者住所		〒		
公費負担の 関係条例等		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		
		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		
		その他 (法律等の名称)		
受給の範囲				
<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。