様式第9号(第13条)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者の行為による被害届  年　　月　　日  　宇美町長　　　　　殿  届出人　住所  氏名  　次のとおり届けます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被害者 | 受給者番号 | | | |  | | 受給者名  (被害者名) | | | | |  | | |  |
| 加害者 | 住所 |  | | | | | 氏名 |  | | | | 職業 | | 電話 |
| 加害者の  使用者 | 住所 |  | | | | | 氏名 |  | | | | 職業 | | 電話 |
| 負傷の日時及び場所　　　　年　 月　 日午前・午後　 時　 分頃 　場所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病の原因  又は負傷時の状況 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 疾病又は負傷の程度 | | |  | | | | | | 冶ゆまで  の見込み | | 入院 　　　　　　日  通院 　　　　　　日  診療費総額 　　　円 | | | |
| 診療を受け  た医師名 | 当初 | | 住所 |  | | | | | 氏名 | 電話 | | | | |
| 転医後 | | 住所 |  | | | | | 氏名 | 電話 | | | | |
| 自動車事故  の場合 | 自動車番号 | | | | |  | | | 自動車所有者  住所・氏名 | | | | 電話 | |
| 自動車損害賠償  責任保険契約社 | | | | |  | | | 所在地 | | | |  | |
| 損害賠償に  関する交渉  の経過 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |