

第三者の行為による被害届

公費負担者番号	90080110	対象者	〇〇 〇〇 <input checked="" type="radio"/> 男 女
受給者番号	1111111	氏名	平成18年1月1日
その事故の要旨等 (日時・場所・状況等)	<p>令和2年6月〇日(木曜日)常総市水海道諏訪町2000番地近くの県道〇号線の〇〇交差点内において、自動車を運転中、右折しようとするときに対向車と出合い頭に衝突した。その際に、同乗していた対象者は右足大腿部を複雑骨折した。</p> <p>※飲酒等の不行跡はありましたか。(はい・<input checked="" type="radio"/>いいえ) 〇をつけてください。 運転免許証の失効・停止中ですか。(はい・<input checked="" type="radio"/>いいえ)</p>		
疾病又は負傷の状況	救急車で〇〇病院に搬送され、入院して現在加療中。 〇月〇日に〇〇病院に転院し手術予定		
第三者の住所(居所)、氏名(名称)及び日時。住所(居所)が明らかでない時はその旨	常総市〇〇123番地 常総一男		
示談の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (示談があった場合は、示談書の写しを添えること)		
損害賠償金の額			
上記金額の受領年月日(見込)	令和 年 月 日		
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>令和 3 年 1 月 10日</p> <p>常総市長 殿</p> <p>届出人 受給者又は 住所 常総市〇〇町3333番地 保護者等 氏名 〇 〇 〇 〇 印</p> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>			