

様式第22号(第30条関係)

第 三 者 行 為 に よ る 要 介 護 状 態 等 届 出 書		
被 関 害 者 に 事 件 に 関 連	被 保 険 者 番 号	
	個 人 番 号	
	住 所	〒 電話番号 ()
	ふ り が な	
	氏 名	
加 関 害 者 に 事 件 に 関 連	住 所	〒 電話番号 ()
	ふ り が な	
	氏 名	
	職 業	
	加害者が不明の場合 (その理由・状況)	
加 使 害 者 の 主	所 在 地	〒 電話番号 ()
	名 称	
	代 表 者	
事 故 の 状 況	発 生 年 月 日	年 月 日 () 時 頃
	発 生 場 所	
	原 因 と そ の 状 況	
被 害 の 状 況	初 診 年 月 日	年 月 日 ()
	診 療 見 込 期 間	か 月 日 間
	傷 病 名、傷 病 お よ び 要 介 護 の 程 度	
診 療 を 受 け て い る 病 院 名		
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 電話 ()</p> <p>青梅市長 殿</p>		

(注)届け出日現在不明のことについては、一応空白のまま提出し、後で分かり次第、
 青梅市健康福祉部介護保険課 電話番号0428-22-1111 内線2123へ連絡してください。
 なお、示談が成立しているときは、示談書の写しを添付してください。