（様式３３号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院費用徴収額減免申請書  　　 年　　　月　 　日  　　　　保健福祉（環境）事務所長　殿  扶養義務者　住所  氏名  続柄  　下記理由から、措置入院患者の費用徴収金の減免を申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　記  １　申請の理由 | ２  世  帯  構  成  員  の  状  況 | | 氏　名 | 年 齢 | 続 柄 | 職　業 | 年間所得 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
|  | 保健福祉（環境）事務所調査（申請内容の確認及び調査者意見） | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 年　　　月　　　日　調査者　職　　　　　　氏名 印 | | | | | | |

＊太ワク内のみ記入してください。