（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。