

野田市急病センター使用料等減免申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり使用料及び手数料の減免を申請します。

受 診 者	住 所		被 保 険 者 証	有効期限	年 月 日	事 業 所	所在地	
	氏 名			記 号			名 称	
	生 年 月 日	年 月 日		番 号		所在地		
	被保険者 との続柄		被 保 険 者	氏 名		保 険 者	名 称	
診 療 科		傷 病 名			診 療 年 月 日			
					年 月 日			
使 用 料 の 額					円			
手 数 料 の 額					円			
減 免 申 請 の 額					円			
減免申請の理由								

注 減免申請の理由を証する書面を添付してください。