

様式第9号(第10条関係)

入院費用減免申請書

年 月 日

徳島県知事 殿

申請者 住所
氏名

病院に入院措置をされた に対する入院費用の徴収額
として月額 円の決定を受けておりますが、次の理由により減額(免除)し
てくださるよう、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行条例第3条第2項の規定に
より申請します。

理 由

注 理由を証明するのに必要な書類を添付すること。