様式第1号（第4条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北見市休日夜間急病センター使用料等減免申請書  №  年　　月　　日  北見市長　　　　　　　　様  住所  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  受診者との続柄  北見市休日夜間急病センター条例第6条の規定に基づき、使用料・手数料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。  記 | | | | | |
| 受診者 | 住所 | （申請者が本人の場合、記入不要） | | | |
| 氏名 | （申請者が本人の場合、記入不要） | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年  月日 | 年　　月　　日 | 受診  年月日 | 年　　月　　日 | |
| 減免を受けたい額 | 使用料 | 円 | 手数料 | 円 | |
| 申請理由 | １　災害等によって著しい損害を受けたことにより使用料・手数料の納付が困難になった。  ２　その他 | | | | |