様式第3号（第5条関係）

|  |
| --- |
| 北見市休日夜間急病センター利用料金減免申請書№　　　　　　年　　月　　日指定管理者　　　　　　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、利用料金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 | 利用料金 | 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利用料金の納付が困難になった。２　その他 |