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 | | | | |