様式第4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決定（却下）通知書  第　　　号  年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　様  指定管理者　　　　　　　　　　　㊞  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、申請のあった利用料金の減免について、次とおり決定します。  記 | | | | | |
| 受診者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | 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 | | | | |
| 決定欄 | 次のとおり決定する。  １　全額免除  ２　一部減額（減額する額：利用料金　　　　　　円）  ３　申請を認めない。  　　理由 | | | | |