様式第2号（第6条関係）

支払額減額等申請書

日南町長　　　　殿

次のとおり徴収予定額の全部（一部）を負担することができないため、減額等をされるよう、日南町更生医療給付等措置費負担命令規則第6条第3項の規定により申請します。

　　　　年　　月　　日

住所

申告者

氏名　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 代理人 | 住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　㊞ |
|  | | | | |
| 受託機関等 | 種別 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 医療給付等の受給者の氏名 | | （申告者との続柄 　　　） | | |
| 現在の徴収額 | | 円 | | |
| 負担することができない額 | | 円 | | |
| 負担することができない期間 | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | |
| 負担することができない理由 | |  | | |

注1　「代理人」欄は、申告者に代わって、その代理人が本書を作成した場合に記入すること。

2　「受託期間等」欄は、指定医療機関又は補装具の製作（修理）業者について記入すること。

3　負担することができない理由を証する書類を添付すること。