(様式第5号)

費用徴収額減免申請書

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　長　　様

(申請者)住所

氏名　　　　　　　　印

　　　　　　年　　月　　日付　　　　第　　　　号で通知のあった老人福祉施設への入所等に係る費用徴収額について、下記の理由により負担することができないので減免を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被措置者氏名 | 　 |
| 措置施設等 | 名称 | 　 |
| 区分 | 　養護・盲養護・特養・養護委託 |
| 納入義務者 | 氏名 | (入所者との続柄：　　) |
| 住所 | 　 |
| 費用徴収決定額 | 　　　　　月額　　　　　　　　　　円 |
| 負担することができない理由 | 　 |

(注)　負担することができないことを証明する書類等を添付すること。