様式第１号（第４条関係）

支払額減額等申請書

八頭町長　　　　　様

次のとおり支払予定額の全部（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、八頭町更生医療給付等措置費負担命令規則第４条第３項の規定により申請します。

住所　八頭町

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 |  |
| 現在の支払予定額 |  |
| 負担することができない額 |  |
| 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　「受託機関等」欄は、指定医療機関又は補装具の作成（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面を添付すること。