別記様式第16号

措置入院費用徴収額減免申請書

年　　月　　日

　　島根県知事　　　　　様

住所

　　　　　　氏名

　　下記の者に係る費用徴収額を減免されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　措置入院者

　　　　　氏　名

　　　　　病院名

２　減免申請額

３　減免理由

４　減免を証する資料