

病院使用料等減免申請書

患者住所

氏名

年齢

上記の者の貴病院使用料等を次の理由により減免されるよう別添証明書を附して申請します。

年 月 日

申請者住所

氏名

患者との続柄

(あて先)地方独立行政法人福岡市立病院機構 理事長

記

1 世帯構成及び世帯収入

続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)	月収
患者		歳		円
世帯構成員				

2 特記すべき理由