

県立病院料金減免申請書

年 月 日

群馬県立 院長 あて

申請者
住 所
氏 名
電話番号

次のとおり料金を減免してください。

減免の対象	診療 入院 特別室の使用 その他 ()		
診療等の日時	年 月 日 (曜日) 時 分から 年 月 日 (曜日) 時 分まで		
減免申請の理由			
料 金	円	減 免 料 金	円

注 印の欄には記入しないでください。