

様式第6号（第9条関係）
（表）

費用徴収免除申請書

※管轄事務所	
※受理年月日	年 月 日
	年 月 日

兵庫県知事 様

申請者 住所.....
 氏名.....
 電話（ ）.....
 電子メール.....

精神保健及び精神障害者福祉に関する手続を定める規則第9条第2項の規定により、次のとおり費用徴収の免除を申請します。

措置入院者		居住地	
支払義務者		住所	
措置入院年月日及び病院名	措置入院年月日	年 月 日	病院名
費用徴収額	費用徴収額	免除申請額	差引負担額
	円	円	円
免除申請の理由			

(裏)

家 庭 調 査 書									
世帯員	フリガナ	個人番号	続柄	性別	年齢	職業	備考		
家計(月額)	収入	勤労収入	本人						
			家族						
		事業収入							
		資産収入							
		扶助	公的						
			私的						
	その他								
	計								
	支出	公租公課							
		保険料							
		食費							
		住居費							
光熱水費									
教育費									
医療費									
その他									
計									
負債	円		住民税所得割額の総額			円			
参考事項									