

別記様式第14号（第21条第1項関係）

一部負担金減額（免除）（徴収猶予）申請書

記号番号	新潟 — —	療養の給付 を受ける者の 氏名			年 月 日 生	世帯主 との続柄	
傷 病 名					発病又は 負傷年月日	年 月 日	
総医療費 所要見込額	1 か月	円	治療見込期間	発病負傷の日から 日 月 間			
	2 か月	円					
	3 か月	円	治療を受けてい る医療機関	所在地			
	4 か月	円		医療機関名			
	5 か月	円					
	合 計	円					
世帯員の 状況	氏 名		続柄	年齢	国保資格	職業又は学年	月収入額
			世帯主		有 無		
					有 無		
					有 無		
					有 無		
					有 無		
					有 無		
申請項目	減免徴収猶予 額除予		割合 割 期間 か月	理由			
年 月 日 (宛先) 新潟市長 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____							
決裁	部長	課長	補佐	係長	係		
※決定の 内容	減免徴収猶予 額除予 不承認		理 由				
	割合 割 期間 か月						
備考 1 減免等の理由を証明する書類を添付してください。 2 ※欄については記入しないでください。							