別記様式第5号(第6条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者費用徴収額減免申請書  年　　月　　日 | | | |
| 石川県知事  　　(石川県　　　　保健所長) | | | 様 |
| 住所  氏名  (措置入院者との関係)  　　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第6条第2項の規定により、次のとおり措置入院者費用徴収額の減免を申請します。 | | | |
| 措置入院者 | 住所  氏名 |  | |
| 措置入院先 | |  | |
| 現在の徴収月額 | | 円 | |
| 申請の理由 | |  | |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。