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。