

身体障害者福祉法に基づく費用減免申請書

年 月 日

天龍村長

殿

住 所

氏 名

連絡先（電話）

次のとおり、費用の減免をしてください。

入所者等の氏名		減免を希望する措置	更生医療給付補装具交付等施設入所
減免を必要とする理由			
減免を必要とする期間	年 月分から 年 月分まで		
※減免の額	円		

注 ※欄は、記入しないこと。