（様式 1）

減免申請書

年　　月　　日

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター病院長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター及び西部医療センターにおける諸料金規程第 5条に基づき、使用料（陽子線治療料）の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由	１年以上前から引き続き名古屋市内に在住しているため
減 免 額	２００，０００円
備　　考	添付書類　住民票の写し

※センター使用欄	データ取込	決裁	通知	ID