様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

　福井県知事　様

住　所

申告者

氏　名

入院費用負担能力申告書

　精神障害者入院費用徴収規則第３条の規定により申告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　 者 | 本籍地 |  | | | | | | |
| 現住所 |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | 職業 |  | |
| 配偶者および患者と  生計を一にする扶養  義務者氏名 | | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | 所得割の額 | | 備考 |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |