

無料低額診療事業(減免)をご希望の方へ

減免は誰でも利用できる制度ではありません。

世帯の生活状況等をお聞きし、支払いが難しいと判断した方のみが対象となります。

判断させていただくために、下記内容のご回答をお願いします。

ご回答をもとに、相談員が面談をさせていただきます。

個人情報が外部に漏れることは、一切ありません。

相談日; / /

相談される方のお名前	(患者さんとの関係;)
患者さんのお名前	

患者さんと同居されている方全員の名前と収入をご記入ください。

名前(続柄)	収入			
	給与	年金	手当	その他()
(本人)				
()				
()				
()				

患者さんについて分かる範囲でご記入ください。

貯金額	円(同居家族全員の貯金合計額)						
生命保険	加入 ・ 未加入	掛け金	円	入院給付金	円		
障害者手帳	あり ・ なし	身体 ・ 療育 ・ 精神	種 級				
住まい	持ち家	賃貸 (家賃; 円)	借地 (借地代; 円)				
負債	あり ・ なし	円					
毎月の支払いで最も負担とを感じるものは何ですか？							
家族からの経済的な支援は期待できますか？							

1ヶ月の世帯の生活費を分かる範囲でご記入ください。

食費	円		医療費	円			
電気	円	ガス	円	水道	円	電話	円
その他支出							

下記の必要書類をコピーさせていただきます。

- ☐健康保険証 ☐年金通知書 ☐通帳 ☐生命保険証書
☐限度額認定証 ☐給与明細書 ☐その他()