

## 開示実施手数料の減額（免除）申請書

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

氏名又は名称

住所又は居所

連絡先電話番号

独立行政法人地域医療機能推進機構情報公開手数料規程第 7 条第 2 項の規定に基づき、下記のとおり、法人文書の開示実施手数料の減額（免除）を申請します。

### 記

1 開示決定のあった法人文書の名称等

(開示決定通知書の日付・番号： )

2 減額（免除）を求める額

3 減額（免除）を求める理由

① 生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)第 11 条第 1 項第 号に掲げる扶助を受けており、手数料を納付する資力がないため。

② その他

(注) ①又は②のいずれかに○印を付してください。

①に○を付した場合は、当該扶助を受けていることを証明する書面を添付してください。

②に○を付した場合は、その理由を具体的に記載するとともに、その事実を証明する書面を添付してください。