様式１

令和　　年　　月　　日

**開示実施手数料の減額（免除）申請書**

独立行政法人国立病院機構　御中

氏名又は名称

住所又は居所

連絡先電話番号

独立行政法人国立病院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。

様式２　　　　 第 号

令和 年 月 日

**開示実施手数料の減額（免除）決定通知書**

様

(開示請求者)

　独立行政法人国立病院機構　印

令和 年 月 日付けで請求のありました開示実施手数料の減額（免除）申請について、独立行政法人国立病院機構情報公開手数料規程第７条の規定に基づき、下記のとおり、減額（免除）することとしましたので通知します。

記

１ 対象となる法人文書の名称とその開示の実施方法

法人文書の名称：

開示の実施の方法：

２ 開示実施手数料を減額（免除）する額

様式３　　　　　　 　 第 号

令和 年 月 日

**開示実施手数料の減額（免除）について**

様

(開示請求者)

独立行政法人国立病院機構　印

令和 年 月 日付けで請求のありました開示実施手数料の減額（免除）申請については、独立行政法人国立病院機構情報公開手数料規程第７条に規定する減額（免除）理由に該当しませんので通知します。

記

１ 対象となる法人文書の名称とその開示の実施方法

法人文書の名称：

開示の実施の方法：

２ 減額（免除）を求める開示実施手数料の額

３ 減額（免除）が認められない理由等

(注) 開示の実施を受ける場合には、上記２の開示実施手数料の追納が必要です。