

## 証 明 願

申請者 住 所 茨城町大字 飯沼XXX 番地 X  
 氏 名 使用者の住所・氏名 (いない方ではありません)  
 農集 太郎  
 電話番号 090-XXXX-XXXX

農業集落排水事業使用料の減額申請に使用するため下記事項について相違ないことを証明願います。

## 記

氏 名 農集 桜子 (生年月日 T・S・H・R 10 年 10 月 10 日生)

は S・H・R 5 年 3 月頃より入院中 (入所中) で今後も引き続き入院 (入所) の見込み

である。

茨城町長 あて

年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関から社判をもらってください。(担当者印は不可)

※医療機関によっては有料となることがあります。

病院名 水戸市●町X番地

(施設名) ●● 病院

※ 上記証明者は、署名 (直筆) 又は記名押印 (代筆のときは押印) してください。