

②

証 明 願

申請者 住 所 茨城町大字 番地
氏 名 _____
電話番号 _____

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 _____ (生年月日 T・S・H・R 年 月 日生)

は S・H・R 年 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。

病院名
(施設名)

※ 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。