

年 月 日

弁 明 書

菰野町長 あて

住 所

世帯主氏名

電話番号 () —

年 月 日付で通知のあった処分（保険給付等に代えて、特別療養費の支給対象とする）について、次のとおり弁明します。

弁明の内容

1	国民健康保険税を納付できない特別の事情がありました。 提出書類：特別の事情にかかる届出書（届出書には、特別の事情があることを明らかにする書類を添付します。）
2	世帯員に公費負担医療を受けている者がいるため、療養の給付等（本来の自己負担割合での受診等）が必要です。 提出書類：原爆一般疾病医療費の支給等に係る届出書（届出書には、原爆一般疾病医療費の支給等を受けていることができる者であることを証する書類を添付します。）
3	1、2には該当しませんが、弁明したいことがあります。

※いずれかを選択して番号に○をしてください。