

# 遅延理由書

下記の理由により、医療給付申請書の提出が遅れたため、助成開始日を遡って認めていただきたくお願いいたします。

記

(患者)住所 墨田区 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

遅延理由

---

---

---

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

墨田区長 宛

(申請者)住所 墨田区 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_