**無料低額診療事業用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和〇年〇月〇日　北海道知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| 代表者職・氏名 | 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇  |
| 法人所在地 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証 明 願令和〇年度分の固定資産税及び都市計画税の非課税措置を受けるため、当法人が経営する下記の施設における「無料又は低額患者の割合」が、○○．○％であることを証明して下さいますようお願いいたします。記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇  |
| 施設所在地 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |

 |