

入院届出書

西条市長 殿

住 所
使用者
氏 名 ⑩

連絡先氏名
電話番号 — —

下水道の使用に関して、下記の者が入院したので届け出ます。

氏 名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
入 院 先	病院・医院		
病 名			
入院年月日	年 月 日		
入院見込期間	ヶ月	年 月まで	
添付書類	入院証明書または領収書等		

※ なお、退院の際にはすみやかに届け出ることを申し添えます。

入院見込期間は、最長1年間です。
期間を延長する場合は、期限が切れる前に必ず届け出てください。
届出がない場合は、下水道使用料が賦課されることになります。