

開示実施手数料の減額（免除）申請書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

氏名又は名称 **株式会社公開出版 代表取締役社長 公開 太郎**

住所又は居所 **〒000-0000 東京都千代田区0000-0-0**

連絡先電話番号 **03 (0000) 0000**

独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律第17条第3項及び独立行政法人福祉医療機構情報公開事務取扱要領第6章3の規定に基づき、下記のとおり、法人文書の開示実施手数料の減額（免除）を申請します。

記

1 開示決定のあった法人文書の名称等

独立行政法人福祉医療機構文書保存規程（平成〇〇年度）

（開示決定通知書の日付・番号： ）

2 減額（免除）を求める額

〇〇〇円

3 減額（免除）を求める理由

① 生活保護法(昭和25年法律第144号)第11条第1項第 号に掲げる扶助を受けており、手数料を納付する資力がないため。

② その他

（注） ①又は②のいずれかに○印を付してください。

① に○を付した場合は、当該扶助を受けていることを証明する書面を添付してください。

② に○を付した場合は、その理由を具体的に記載するとともに、その事実を証明する書面を添付してください。