

様式2

腸内細菌検査手数料減免申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 住 所  
所属名  
氏 名

使用料及び手数料条例第5条第3項の規定により、腸内細菌検査手数料を免除されますよう申請いたします。

1. 手数料の額 \_\_\_\_\_ 円

腸管出血性大腸菌感染症 0157	1,600 円 × _____ 件 =	_____ 円
腸 内 細 菌	600 円 × _____ 件 =	_____ 円

2. 免除申請額 \_\_\_\_\_ 円

腸管出血性大腸菌感染症 0157 (1/2 免除)	800 円 × _____ 件 =	_____ 円
〃 (2/3 免除)	1,070 円 × _____ 件 =	_____ 円
腸 内 細 菌 (1/2 免除)	300 円 × _____ 件 =	_____ 円
〃 (2/3 免除)	400 円 × _____ 件 =	_____ 円

3. 理 由

- (1) 地方公共団体（公営企業を除く）
- (2) 民間社会福祉施設 [第1種事業]（社会福祉法第2条第2項に該当）  
（事業の種別： \_\_\_\_\_ ）
- (3) 民間社会福祉施設 [第2種事業]（社会福祉法第2条第3項に該当）  
（事業の種別： \_\_\_\_\_ ）
- (4) 上記以外で、保健所長から検便の勧奨を受けている者
  - ア. 集団給食施設従事者
  - イ. 食品取扱者
  - ウ. 水道施設
- (5) その他（ \_\_\_\_\_ ）