様式第5号の2

|  |
| --- |
| 第　　号　老人医療の特定疾病認定申請書 |
| 受給者 | 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 男・女 |
| 居住地 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 |
| 疾病の名称 | 　 |
| 保険者の名称及び所在地 | 　 |
| 上記のとおり関係書類を添えて老人医療特定疾病受療証の交付を申請します。　　　　　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(居住地)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　小野町長　　　　　　殿 |

(この用紙は、日本工業規格A列4番を標準とすること。)