様式第6号

減額

免除

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老人医療の一部負担金減免申請書 | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治  大正  昭和 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | |
| 発病又は、負傷年月日 | |  | | | | | | | | |
| 減額、免除の別 | | 減額免除 | | | | | | | | |
| 申請の理由 | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて老人医療の一部負担金の　　　　を申請します。 | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  住所  申請者　(居住地)  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　小野町長　　　　　　　殿 | | | | | | | | | | |

(この様式は、日本工業規格A列4番を標準とする。)