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。)