様式第7号

減額

免除

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　号  老人医療の一部負担金減免証明書 | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | |
| 減額、免除の別 | | 減額(　　　　円)、免除 | | | | | | | |
| 有効期間 | | 自　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　至　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 上記のとおり老人医療の一部負担金を　　　　しているものであることを証明する。 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  小野町長 | | | | | | | | | |

(この用紙は、日本工業規格A列4番を標準とする。)