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。)