様式第3号（第3条関係）

老人医療の特定疾病受療証、入院時一部負担金限度額適用・標準負担額減額認定証及び一部負担金減免証明書交付簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 減・免等内容 | 交付番号 | 受給者番号 | 氏名 | 居住地 | 期間 | 長期入院  該当年月日 | 備考 |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |  |  | 自　 ・　 ・  至　 ・　 ・ |  |  |