様式第5号の2（第6条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　号  老人医療の特定疾病認定申請書 | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | 男・女 | |
| 居住地 |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  | | | | | | | | |
| 疾病の名称 | |  | | | | | | | | |
| 保険者の名称及び  所在地 | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて、老人医療特定疾病受領証の交付を申請します。  　　　　年　　月　　日  申請者　住所：  （居住地）  氏名：  椎葉村長　　　　　殿 | | | | | | | | | | |