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 |