様式第6号（第6条関係）

減額

免除

|  |
| --- |
| 老人医療の一部負担金減免申請書 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 明治大正　　　年　　　月　　　日昭和 |
| 居住地 |  |
| 傷病名 |  |
| 発病又は負傷年月日 |  |
| 減額、免除の別 | 減額　　　　　　　免除 |
| 申請の理由 |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて老人医療の一部負担金の　　　　を申請します。　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　申請者（居住地）　　　　　　　　氏名　　　　　　　　㊞椎葉村長　　　　　殿 |

（この用紙は、日本工業規格Ａ列4番を標準とする。）