様式第６号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 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 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 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 | 減額免除 | を申請します。 |
| 　　　　　　年　　月　　日住所申請者　（居住地）氏名　　　　　　　　　　㊞八頭町長　　　　様 |