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 | | | | | | | | | | | |