

様式第5号の2

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										
<p>上記のとおり関係書類を添えて老人医療特定疾病受療証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 申請者(居住地) 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">平 田 村 長 様</p>										

(この用紙は、日本工業規格A列4番を標準とする。)