

(旧)

様式第3号(第6条関係)

第 号			
老福祉医療費の一部負担金限度額適用認定証交付申請書			
受 給 者	公費負担医療の 受給者番号		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	男・女
	住 所		
<p>上記のとおり、関係書類を添えて老福祉医療費の一部負担金限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>綾部市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>			
		限度額適用認定証受領年月日	年 月 日

判 定 欄		決 裁 欄		
負担区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ	決 裁 日	年 月 日	
限度額適用認定証有効期間				