別記様式第2号(第7条関係)

介護保険利用者負担額減免認定申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年　月　日	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
利用者負担額減免申請理由			

宇治市長宛て

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。

年　月　日

住所　　電話番号

申請者

氏名　　㊞　　被保険者との続柄

市記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	
適用年月日	
年　月　日	
有効期限	
年　月　日	