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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所  氏名 | | | | 電話番号  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 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |