

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			
<p>宇治市長宛て</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 被保険者との続柄</p>			
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			