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 |
| 　 |