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
住　　所	郵便番号 電話番号		
利用者負担額減免申請理由			

宇治市長あて

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　　電話番号

氏名　　被保険者との続柄

市記入欄

受付印	交付年月日	備　　考
	年　月　日	
	適用年月日	
	年　月　日	
受付者	有効期限	
	年　月　日	