

第12号様式（第12条関係）

上越市介護保険サービス利用者負担金軽減助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

所在地

名称

代表者名

(法人・団体の場合は下欄に担当者等を記載することで押印省略可)

次のとおり介護保険サービス利用者負担金軽減の助成を申請します。

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

添付書類：軽減対象者一覧表

責任者	(役職)	(氏名)	(連絡先)
担当者	(役職)	(氏名)	(連絡先)

申請者が法人・団体の場合は、「責任者及び担当者」欄を記入することにより、右上の「氏名（代表者氏名）」の欄の押印を省略することができます