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

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