

第1号様式（第6条関係）

上越市介護保険サービス利用者負担金助成認定証交付申請書

フリガナ				保険者番号	1 5 2 2 2 3																	
被保険者氏名				被保険者番号																		
生年月日		年 月 日		個人番号																		
世帯構成 (被保険者を除く。)	世帯員	氏名	生年月日	被保険者との関係	個人番号																	
			. .																			
			. .																			
			. .																			
			. .																			

上記のとおり上越市介護保険サービス利用者負担金助成認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

申請者（被保険者） 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

(宛先) 上越市長

■記載内容、添付書類等に不明な点があった場合の問い合わせ先

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_ 申請者との続柄 ( ) \_\_\_\_\_