

第1号様式（第6条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請書

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						
						個人番号						
生年月日	年 月 日					個人番号						
要介護認定区分	要支援2 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）											
入居（予定）事業所												
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							
			・	・								
			・	・								
			・	・								
		・	・									
<p>上記のとおり上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者（被保険者） 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () _____</p> <p>(宛先) 上越市長</p>												
<p>■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</p> <p>氏名 _____ 住所 _____</p> <p>電話 () _____ 申請者との続柄 (_____)</p>												