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