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