

様式第5号(第12条関係)

浦添市訪問介護等利用者負担額軽減措置申請書			
		年 月 日	
浦添市長 殿		住所	
		申請者氏名 印	
		連絡先	
月分軽減額の支給を受けたいので、次のとおり申請します。			
対象者 氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	男 ・ 女
指定居宅サービス事業者		利用者負担額 (軽減対象額)	
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	(月分)		円
	合 計		円
添付書類			
① 認定証			
② 領収書等支払いを証する書類			

【窓口に来た人】申請者と異なるときは、記入して下さい。

氏名：

申請者との続柄：

電話番号：