

| |
|------|
| 市受付印 |
|------|

| |
|--------------|
| 市職員印 (受付) |
|--------------|

| | |
|---------|----------------------------------|
| 提出事業所名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 担当者名 | |
| 確認証受領場所 | (本庁・谷山・伊敷・吉野・東桜島・吉田・桜島・松元・郡山・喜入) |

申請者一覧名簿(訪問介護等利用者負担助成対象者認定・市単独)

※記入につきましては、被保険者番号順(数字の少ない方から)をお願いします。

| No. | 被保険者番号 (番号順) | 氏名 | 前回確認 あり(○) | 備考 | 確認証 受領確認 |
|-----|-----------------|----|---------------|----|-------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

確認証受領欄

市職員印

| | | | | |
|---------|----------|-----|---------|--|
| 確認証受領日 | 令和 年 月 日 | 受領者 | 事業所名 | |
| 確認証受領枚数 | | | 受領者名 | |
| | | | 連絡先電話番号 | |