

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(社福軽減確認)

※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(○)	施設入所 (○)	在宅 (○)	生活保護 あり(○)	老齢福祉 年金 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	事業所名		市職員印
確認証受領枚数		受領者	受領者名	
			連絡先電話番号	

(枚中 / 枚目)