

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	