

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	
認定証受領場所	(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(負担限度額認定)

※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	老齢福祉 年金 あり(○)	生活保護 あり(○)	前回負担段階 (1~4段階)	備考	認定証 受領確認
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

認定証受領欄

認定証受領日	令和 年 月 日	受領者	事業所名	
認定証受領枚数			受領者名	
			連絡先電話番号	

市職員印

--

(枚中 / 枚目)