|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険身体障害者支援施設等に入所(入院中)の者に関する届出書 | | | | |
| 二本松市長  　下記のとおり届出します。  世帯主　住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |
| 介護保険法施行法第11条第1項の適用を受ける者(受けている者) | 氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  | 個人番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 施設等の所在 | |  | | |
| 施設等の名称 | |  | | |
| 施設等の電話番号 | |  | | |
| 適用又は解除年月日 | |  | | |
| 被保険者証番号 | |  | | |
| (事務処理欄) | | | | |