|  |
| --- |
| 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) |