

問い合わせ票

令和 年 月 日

事業所番号				
事業所名				
担当者名				
電話番号				
FAX番号				
問い合わせ内容				
※添付書類 有 ・ 無				
回答欄				
<table border="1"><tr><td>連合会使用欄</td></tr><tr><td>回答日： 月 日</td></tr><tr><td>担当者：</td></tr></table>		連合会使用欄	回答日： 月 日	担当者：
連合会使用欄				
回答日： 月 日				
担当者：				

送 信 先：岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課 障害者支援係

FAX番号：058-275-7635