

障害給付

年 月 日

## 問い合わせ票

<FAX送付票>

送信先:長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課

**FAX:095-826-7325**

事業所番号			
事業所名			
記入者氏名		送信枚数	枚(本票含む)
連絡先	TEL	FAX	

サービス種類	
問い合わせ項目	

<内容>

※ 回答は、後日ご連絡致します

※ 個人情報が含まれる場合、個人を特定できる情報は消してください(添付資料も同様)