

<送付状>

年 月 日

伊方町役場
長寿介護係 行き

事業所名

担当者名

電話番号

「介護保険負担割合証の交付に関する同意書」について

介護保険負担割合証の交付について、下記の者から別紙のとおり同意を得ることができましたので、当事業所へ送付して頂きますようお願いいたします。

記

NO	被保険者番号※	氏名	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※被保険者番号順に記入してください。