問　合　せ　票　（障がい）

送信先	福島県国民健康保険団体連合会　　介護福祉課　　障害福祉係　行		
ＦＡＸ番号	０２４－５２８－０９８９	電話番号	０２４－５２３－２８２２
	※ＦＡＸ番号の間違いにご注意ください		

問合せの内容

問合せ事業所記載欄

事業所の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

添 付 資 料　有（枚数）＿＿＿＿＿＿＿＿　・　無

※添付資料を送信する際は、個人を特定する氏名を抹消してください。

※　国保連合会への問合せは、ファックスでお願いいたします。