

問 合 せ 票 (障がい)

送信先	福島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 障害者総合支援担当		
F A X 番 号	0 2 4 - 5 2 8 - 0 9 8 9	電話番号	0 2 4 - 5 2 3 - 2 8 2 2
	※F A X 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 _____ F A X 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。