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 |  |
| 問い合わせ内容※添付書類　　有　・　無 |
| 回答欄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　介護保険係

**ＦＡＸ番号：０５８－２７５－７６３５**

**※ご質問については、お電話にて順次回答いたしますが、内容によっては回答までに時間がかかる場合がございますので、あらかじめご了承ください。**