

介護給付費請求事務等に関する問合せ票

問合せ日	年 月 日									
事業所番号										
事業所名称										
ふりがな										
担当者名										
連絡先	TEL					FAX				
問合せ区分	<input type="checkbox"/> 介護電子請求媒体化ソフトについて <input type="checkbox"/> その他									
問合せ内容	※事業所の方で確認された内容を含めて記載してください。									
回答										

問合せ先 佐賀県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 介護保険係

FAX 0952-26-6123

連合会確認欄		
回答日	回答方法	回答者
	TEL	
	FAX	