

知的障害者援護施設等入所者に関する届出書

年 月 日

三股町長 様

扶養義務者
(世帯主)

住 所 三股町大字 番地

氏 名 ⑩

電話番号

被保険者記号番号

下記の者は、私が扶養義務者となっておりますので三股町国民健康保険証を交付していただきたく届出をいたします。

これにより下記の者の分も含めた三股町国民健康保険税納税義務者となることに異議を申し立てません。

記

1. 被扶養者氏名

2. 被扶養者生年月日 年 月 日

3. 被扶養者現住所

4. 施設名称・所在地 名 称

所在地

5. 入所年月日 年 月 日

※ 入所証明書・扶養義務関係がわかる書類を必ず添付してください。

(確定申告の写し・施設長による生計同一証明など)

備考

意思能力（有・無） 行為能力（有・無）
本人の障害年金などの金銭管理状況