

# 連 絡 票

受給者番号							
受給者氏名							

下記の A 又は B のどちらかに○を付し、必要事項をご記入のうえ提出くださるようお願いいたします。

## A 申請手続きをされる方（申請書類といっしょに提出をお願いします。）

書類の確認が必要な場合などに、こちらからお問い合わせさせていただくものですので、日中に連絡がとれる方の連絡先をご記入ください。

◇連絡先はどなたですか。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 受給者との続柄 本人・( )

◇電話番号

TEL \_\_\_\_\_ 自宅・職場・携帯電話・その他( )

## B 申請手続きをされない方

（お電話でもけっこうです。管轄の保健所担当まで、連絡をお願いします。）

該当する番号に○を付し、( ) もご記入ください。

- 1 治癒
- 2 認定基準に該当しないため
- 3 県外へ転出（ 年 月 日 都・道・府・県へ）
- 4 その他（ )

ふりがな

回答者氏名 \_\_\_\_\_（受給者との続柄 )

連絡先 TEL \_\_\_\_\_