別紙２

令和　　年　　月　　日

住所

施設名・事業所名

施設長・代表者名　　　　　　　　　　　　　印

（担当者：　　　　　連絡先：　　　　　　　　　　）

対象者リスト2（更新申請時）　　　　　　　　　施設名【　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 氏名 | 更新申請日 | 認定有効期間 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |

※この申出書は施設ごとに提出してください。

　 提出先：紀の川市役所　福祉部　高齢介護課　介護保険班