

# 申立書

| 施設・病院名 | 入所・入院年月日 | 退所・退院年月日     |
|--------|----------|--------------|
|        | 年 月 日    | 年 月 日/入所・入院中 |
|        | 年 月 日    | 年 月 日/入所・入院中 |
|        | 年 月 日    | 年 月 日/入所・入院中 |

被保険者 \_\_\_\_\_ は、下記の住所に住民票を設定していますが、上記の施設、病院へ入所、入院をしております、申立人 \_\_\_\_\_ と同居の事実はなく、生計も共にしていません。

なお、この申告内容と事実とに相違があったときは、処分を受けたり、減免を取り消されても、異議を申し立てません。

加古川市長様

令和 年 月 日

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

申立人氏名 \_\_\_\_\_