

介護保険関連通知送付先（変更・終了）申請書

いの町長 様

介護保険に関する通知の送付先について下記のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
※申請者住所	〒 電話番号 ()	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
		性 別	男 ・ 女								
住 所 (住民登録地)	〒 電話番号 ()										

- 送付先を終了し、住民登録地へ送付してください。
- 上記の申請者住所地に送付してください。(住民登録地以外へ送付する場合)
- 下記の送付先に送付してください。(住民登録地以外へ送付する場合)

※注意 送付先住所を終了する場合は、あらためて申請書を提出してください。
届出をしない場合は、送付先の住所地へ発送されます。

送付先住所	〒 電話番号 ()									
フリガナ										
氏 名	様方									

変更理由	<input type="checkbox"/> 施設送付 <input type="checkbox"/> 親族宅送付 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

(備 考)

送付先を変更する書類 (希望するものにチェックを入れる)	
<input type="checkbox"/>	介護保険関係全て
<input type="checkbox"/>	資格・給付関係 (介護保険被保険者証、高額介護サービス費支給申請書など)
<input type="checkbox"/>	介護保険料関係