

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)

- 介護保険関係全て
- 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)
- 介護保険料関係