

介護保険関連通知送付先変更届

庄原市長 宛

次の通り、介護保険に関連する書類の送付先を変更するよう届出します。

【申請者】（↓申請者が、被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記入は不要です。）

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者氏名	㊦	被保険者との関係	
申請者住所	〒 —		
申請者電話番号	— —		

【被保険者】

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
被保険者氏名			
被保険者住所	〒 —		
被保険者電話番号	— —		

【送付先】

送付先住所	〒 —		
送付先宛名 (氏名・施設名)			
被保険者との関係			
送付先電話番号	— —		
備考			

<input type="checkbox"/> 現在の住所地へ送付（送付先の変更を解除する）

<事務処理欄>

被保険者番号	受 付			入 力	
	日付	受付者	窓口・訪問調査・郵便 他()	日付	入力者
	/			/	