

介護保険関係書類送付先申出書

被保険者番号			
被保険者の氏名	(年 月 日 生)		
被保険者の住所	富里市		
送 付 先 住 所 氏 名 電話番号	〒 ー 都道府県		
	ふりがな	電話番号	
	氏名	被保険者との関係	
送付先変更の理由	<input type="checkbox"/> 書類管理のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先を変更する書類 (変更する通知に <input checked="" type="checkbox"/> してください)		<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 要介護認定に関すること <input type="checkbox"/> 介護サービス給付に関すること <input type="checkbox"/> 介護保険料に関すること <input type="checkbox"/> 介護保険資格に関すること	

上記のとおり送付先を変更します。

令和 年 月 日

富里市長 様

申出者 ☐ 上記送付先と同じ ☐ 上記被保険者と同じ

【上記以外の方は、ご記入ください。】

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との続柄

※ 収受前に発送準備が整っている通知については、旧あて名に届くことがあります。
ご了承ください。

※職員 使用欄	※ 申出者の本人確認書類【マイナンバーカード、運転免許証、在留カード、健康保険資格証、その他 ()】 ※ 成年後見人の場合、登記事項証明書（写）の提出が必要	※確認職員
------------	---	-------