

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	<p>〒 _____ 都道府県 _____ _____</p> <p>ふりがな _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 被保険者との関係 _____</p>		
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☑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 ()】	※確認職員
	※ 成年後見人の場合、登記事項証明書（写）の提出が必要	