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	〒　　－　　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	□ 書類管理のため　□その他（　　）	

上記のとおり、介護保険に関する書類全ての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	入力職員	確認職員