

介護保険用送付先変更届出書

年 月 日

小郡市長 あて

届 出 者	被保険者名		被保険者番号	0	0								
	住所												
	※申請者が被保険者以外の場合												
	氏名											印	
	住所	〒 —											
電話番号	() —												

下記のとおり、「送付先」を指定したいので、届出いたします。
 なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。

指 定 送 付 先	氏名											
	被保険者との続柄	1 本人	2 配偶者	3 子	4 父母							
		5 孫	6 兄弟姉妹	7 甥姪	8 その他()							
	住所	〒 —										
電話番号	() —											

送付先変更書類（該当する番号に○を記入）

- 1 保険料関係通知等 2 給付管理帳票(高額介護給付費関係等) 3 介護認定更新案内

備考

受付印

受付	入力	確認