

介護保険関連通知送付先再変更・終了申請書

須崎市長 様

介護保険に関する通知の送付先を下記のとおり再変更・終了することを申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との続柄	
※申請者住所	〒 電話番号 —		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名													性別	男	・	女			
	住民基本台帳 記載の住所													電話番号	—					

送 付 希 望 先	宛名		被保険者との続柄	
	住所	〒 電話番号 —		

送付先を再変更する理由（必ず記入してください）

--

他課から照会がある時は、上記の送付先情報を提供することに同意します。