

介護保険関連通知送付先変更申請書

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変更することを申請します。再度変更する場合や終了する場合は申請しますので、それまではこの送付先に送付してください。

		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	大・昭	年	月	日
	氏 名																
	住民基本台帳 記載の住所												電話番号				—

送 付 希 望 先	フリガナ		被保険者との続柄	
	宛 名			
	住 所	〒		

住民基本台帳法上の住所でない場所に文書送付を希望する理由（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。