

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	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	フリガナ													被保険者との続柄	
	宛 名														
	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。