

記入の仕方

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	申請される、記入される方の氏名等を記入してください。 被保険者との続柄 本人が記入する場合は、氏名のみでかまいません。		
※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										
	氏 名	生年月日	大・昭 年 月 日								
	性 別	男 ・ 女									
	住民基本台帳記載の住所	送付先の終了を希望する方の氏名等を記入してください。 電話番号 —									

送 付 希 望 先	フリガナ										
	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。