

## 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。 本人が記入する場合は、 氏名のみでかまいません。	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											
	氏名						性別		大・昭	年	月	日
	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。						男	・	女	

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。