

## 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。

		申請年月日	平成	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					
※申請者住所	〒	本人が記入する場合は、氏名のみでかまいません。				
		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	送付先の変更を希望する方の氏名等を記入してください。			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	送付する先の“宛名”、“住所”、“電話番号”を記入してください。				
	住 所	〒				
		電話番号	—			

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

送付を希望する理由を必ず記入してください。

同意される場合はチェックをしてください。

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。