

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	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			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	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。