

介護保険 各種通知書等送付先変更依頼書（新規・変更）

越前町長 様

次のとおり、介護保険に関する書類等の送付先変更を依頼します。

依頼年月日	年 月 日
-------	-------

※ 太線の中を記入してください

被保険者番号	0	0	0						
--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

被保険者	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所 (住民票)	〒		電話番号	

※ 依頼者が被保険者本人の場合、依頼者欄は記入不要

依頼者	フリガナ			印	本人との関係
	氏名				
	住所	〒		電話番号	

送付先を変更する理由	
------------	--

送付先	1 依頼者あて 2 その他 3 住所地
-----	-------------------------------

送付先を変更する帳票	<input type="checkbox"/>	介護保険料に関する通知
	<input type="checkbox"/>	要介護認定やサービスに関する通知 ※「介護給付費のお知らせ」ハガキを除きます。

「2 その他」の場合に記入（ただし、送付先の了解がとれていること。）

送付先	フリガナ			本人との関係
	氏名			
	住所	〒		電話番号

【越前町記入欄】

受付	入力	特記事項