

介護保険関係書類 送達先変更 申出書

令和 年 月 日

蟹江町長 殿

下記のとおり申し出ます。

| | | | |
|--------------|-----------------------|----------|--|
| 申出者氏名 | | 被保険者との関係 | |
| 申出者住所 (※) | 〒 ー 電話番号 () ー | | |

(※) 申出者が被保険者本人の場合、申出者住所・電話番号は記載不要です。

| | | | | |
|------------------|-------------|-------|--------|-----|
| 被 保 険 者 | フリガナ 氏 名 | | 被保険者番号 | |
| | 生年月日 | 大 ・ 昭 | 年 | 月 日 |
| | 住 所 | 〒 ー | | |

【希望する送達先 (※)】

| | | | | |
|------|----------|--|--|--|
| 住 所 | 〒 ー | | | |
| 氏 名 | フリガナ | | | |
| | 様方 (続柄) | | | |
| 電話番号 | () ー | | | |

(※) 送達先は本人の居住地または親族の住所に限ります。

【留意事項】

住所の変更等に伴いお届けになった送達先住所に変更があるときは、必ず、蟹江町役場介護支援課へその旨申し出てください。申し出がない場合、上記送達先へ介護保険関係書類は送達されます。

| 担当者記入欄 | | 窓口確認欄 | |
|--------|------|--------|--------|
| 宛名管理 | 認定関係 | 総務(提出) | 後期(記入) |
| | | 済・不要 | 済・不要 |