

介護保険にかかる各種通知書等の送付先変更届

柴田町長 殿

被 保 険 者 (同 意 者)	被保険者番号	0	7	0	0							届出年月日	令和	年	月	日	
	フリガナ											性別	男・女				
	被保険者名											生年月日	大・昭 年 月 日				
	住 所	〒 ー										電話番号					

上記被保険者の介護保険に関する書類の送付先を下記のとおり変更することに同意し届出します。

届 出 人	フリガナ											被保険者 との関係	
	氏 名												
	住 所	〒 ー										電話番号	

送 付 先	フリガナ											被保険者 との関係			
	氏 名														
	住 所	〒 ー										電話番号			
送付先変更理由 ※該当理由に○をつけて下さい		1. 住民票の住所地と現住所が異なるため 2. 書類管理をできないため 3. 病院入院又は、介護保険施設入所により不在となるため 4. 送付先設定を解除して住民票の住所へ戻すため 5. その他()													
備 考															