

介護保険関連通知送付先変更申請書

フリガナ				
被保険者氏名	被保険者番号 0 9			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
住 所				
<p>(あて先) 丸森町長</p> <p>下記のとおり介護保険に関する諸通知の送付先の変更を申請します。なお、この内容に変更があった場合は、直ちに届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>提出者(窓口に来た方)住所</p> <p style="text-align: center;">" 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 と の 続 柄 電話番号</p>				
送付先を変更するもの	資格管理関係	要介護認定結果通知・被保険者証・負担限度額認定証など		
	給付実績管理関係	福祉用具購入・住宅改修・高額介護サービス・給付実績通知など		
	保険料納付関係	介護保険料決定通知書・納入通知書など		
変更後送付先	提出者と同じ 住所地に戻す (いずれかを選択の場合、以下の記入は不要)			
	氏名	フリガナ	被保険者との続柄	
	住所	〒 - 電話番号		
送付先を変更する主な理由	入院	施設入所	長期滞在	判断力低下
	その他 ()			

町記入欄	担当	収 受 日
後期高齢者送付先 課税班 (/)	入力日 /	