

介護保険にかかる通知書等の送付先変更申請書

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号								生年月日	明治・大正・昭和		
	フリガナ									年 月 日		
	氏名								性別	男 ・ 女		
	住民登録地	〒 電話番号 ( )								住所		
	施設・病院へ 入院している 場合のみ記入	施設・病院名										
所在地等		〒 電話番号							住所			

これからの送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先を住民登録地へ戻す場合は、記入の必要はありません。(注 送付先となる方の了承を得てください。)

送 付 先 設 定 欄	施設・病院等を 送付先とする 場合	施設・病院名										
		所在地等	〒 電話番号							住所		
	居所または親 族の住所等を 送付先とする 場合	世帯主等氏名	(被保険者との続柄)									
		送付先住所等	〒 電話番号							住所		

申請理由											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申 請 者	フリガナ								生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	氏名									年 月 日		
	住所等	〒 電話番号										
	被保険者との 続柄											
	居宅介護支援事 業者・介護保険 施設の職員の場合 は事業所名等	事業所名									事業所印	
所在地		〒 電話番号										

(※)法人の場合は、記名押印してください。

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

被保険者本人の 同意欄	被保険者本人署名
同意が得られない 場合の理由	