|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険関係書類送付先（登録・変更・廃止）届**  　　次のとおり、介護保険に関する書類の送付先の（登録・変更・廃止）を届出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ・この届出によって送付先が変更されるのは、介護保険係から送付される書類です。  ・介護保険関係以外の送付先変更には、各担当課への届出が必要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先を変更する項目にチェックを入れてください。  □共通　□保険料関係　□給付関係　□利用者減免関係　□認定関係 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭  　　　年 　　月 　　日 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　） | | | | | | | | | | | |
| その他連絡先 | （　　　　）　　　　　　　　氏名　　　　　　　 続柄 | | | | | | | | | | | |
| ＊被保険者ご本人様による届出の場合は記入不要です | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 届出者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 本人との続柄 |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 送付先 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 本人との続柄 |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　） | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大洗町　福祉課　介護保険係