介護保険　送付先変更届

美浜町長　　戸　嶋　　秀　樹　　様

次のとおり、介護保険関係書類の送付先変更を願います。

〈 被 保 険 者 〉

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒      　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |

〈 新 し い 送 付 先 〉

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

〈 届 出 人 〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　所 | 〒      　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　） | | |
| フリガナ |  | 被保険者  との続柄 |  |
| 氏　名 |  |
| 届出の理由 |  | | |

（注意）

1. この届出は、介護保険被保険者とその家族、新しい送付先名義人と十分協議のうえ、提出してください。
2. この届出は、書類の送付先を変更するものであり、住民票等の内容を変更するものではありません。

住民票の住所が本来の住所であるため、転居されている方で特別な理由がない方は、住民票の住所を変更してください。