

令和 年 月 日

佐々町長 様

(被保険者) 住所

氏名

電話番号

(代筆者) 住所

氏名

被保険者との関係 ()

電話番号

介護保険に関する書類の送付先変更申出書

次のとおり、送付先の変更を申し出ます。

送付先を 変更する 帳票管理 区分	<input type="checkbox"/> 介護保険 (全て) <input type="checkbox"/> 納付管理 <input type="checkbox"/> 要介護認定管理 <input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 給付実績管理
変更後の 送付先	〒 _____ 県 _____ 市・郡 _____ 町 _____ 免 _____ 番地 _____ (アパート等名称 : _____) (様方 様気付) 電話番号 _____
変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 送付先人の住所変更 <input type="checkbox"/> 成年後見人等に送付するため <input type="checkbox"/> その他 ()
送付先を 変更する 期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (指定がない場合は記入の必要はありません。)

※ この申出の後に再び送付先を変更される場合は、再度申出が必要です。