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	(	)
	雷話悉号		

## 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	□ 介護保険(全て) □ 納付管理			
	□ 要介護認定管理 □ 受給者管理 □ 給付実績管理			
	〒  県 市・郡			
変更後の 送付先	<u></u>			
	(アパート等名称 : )			
	(様方・様気付)			
	電話番号			
変更理由	□施設入所 □送付先人の住所変更 □成年後見人等に送付するため			
	□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。)			

<sup>※</sup> 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。