年　　　月　　　日

鉾田市長　　殿

**介護保険関係書類送付先変更届**

　下記のとおり、介護保険に係る帳票等の送付先を変更したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***１．被保険者*** | | | | | |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | |
| 氏　　名 |  | | |  | |
| 生年月日 |  | | |  | |
| 住　　所 | **〒** | | | | |
| ***２．送付先　※送付先の宛名は被保険者本人となります。*** | | | | | |
| 住　　所 | **〒** | | | | |
| フリガナ |  | | 被保険者との関係 | |
|  | | **様方** |  | |
| 電話番号 |  | | | | |
| ***３．適用期間*** | | | | | |
| **年　　　　月　　　　日から　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで**  □届出から新たな変更等があるまで | | | | | |
| ***４．届出人*** | | | | | |
| フリガナ |  | | | 被保険者との関係 | |
| 氏　　名 |  | | |  | |
| 住　　所 | **〒** | | | | □被保険者住所と同じ  □送付先住所と同じ |
| 電話番号 |  | | | | □送付先電話番号と同じ |