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 |