

※この様式は、介護保険申請書を阿南市へ提出後、認定結果の送付先を変更する場合に使用するものです。（介護保険申請時に添付の必要はありません。）

認定結果受取変更届出書

令和 年 月 日

阿南市長 様

届出者の氏名を記入してください。
なお、事業者等が提出する場合は、届出者氏名だけでなく、事業者名も記入してください。

氏名

住所

電話番号

※事業者の場合のみ

事業者名

認定結果の受取について、次のとおり変更をお願いします。

受取を変更する対象者について

介護保険被保険者番号

氏名

受取変更について

了承を得た人の氏名

被保険者との関係

了承を得た人の氏名は必ず記入してください。
被保険者との関係は、あてはまるものを○で囲んでください。

本人 ・ 配偶者 ・ 親 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他親族 ()

受取の方法

届出者が窓口受取 ・ 郵送

どちらかを○で囲んでください。

※郵送の場合のみ

届出者が窓口で受け取る場合は記入不要です。

宛 名

被保険者との関係

※受取変更の了承をした人と通知先が同じ場合は、被保険者との関係の記入は不要です。

住 所

阿南市記入欄

受理日

受理方法 : 窓口 ・ 郵送 ・ FAX

対応者