

介護保険に係る文書の送付先変更届出書

阿南市長 宛て

介護保険に係る通知書その他の文書は、住民登録のある住所地への送付が原則であることを確認のうえ、次のとおり送付先の変更を届出ます。

		届出年月日	令和	年	月	日
届出者	氏名					
	住所	〒 —				
	電話番号	携帯				

被保険者	フリガナ						被保険者番号						
	氏名						生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	※届出者が被保険者本人でない場合のみ、下欄に住所・電話番号を記入してください。												
	住所	〒 —					(住所地特例の方は介護保険被保険者証に記載の住所)						
	電話番号	携帯											

変更の理由について(該当する項目にレ点を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	施設入所・入院等により現住所に不在	<input type="checkbox"/>	郵便物の管理が困難
<input type="checkbox"/>	その他 ()		

文書の種類について (該当する書類にレ点を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	納付管理	保険料納入通知書、保険料納付書及び領収書等
<input type="checkbox"/>	受給者管理	負担限度額決定通知書、負担割合証、要介護認定結果通知書、更新申請勸奨通知書
<input type="checkbox"/>	給付管理	高額介護サービス費支給決定通知書 住宅改修費支給決定通知書、福祉用具購入費支給決定通知書
<input type="checkbox"/>	全て	

文書の送付先の変更について(該当する項目にレ点を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	届出者の住所への送付を希望します。
<input type="checkbox"/>	下記の住所への送付を希望します。
<input type="checkbox"/>	送付先の変更を取りやめます。(送付先を住所地の住所に戻す場合)

送付先	氏名						被保険者との関係	
	住所	〒 —						
	電話番号	携帯						