介護保険関係通知の送付先変更申請書

次のとおり申請します。

　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 |  | 本人との  関係 |  |
| 変更後  の住所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 性別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 |  | | | |
| 変更前  の住所 | 〒  電話番号 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更する  通知  該当するものを〇で囲んでください。 | 1　要介護認定関係（結果通知や更新のお知らせ　等）  2　介護給付費関係（高額介護サービス費給付・住宅改修費支給　等）  3　介護保険料納入通知  4　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更理由 |  |

※送付先が申請者以外の場合は記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 本人との  関係 |  |
| 住　所 | 〒  電話番号 | | |

（注意）この申請書の内容に変更があった場合には速やかに介護保険担当へお知らせください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入力  確認 | LP | 担当 |
|  |  |