

## 介護保険関係書類送付先変更申出書

フリガナ		被保険者番号																										
被保険者氏名		生 年 月 日	明:大:昭	年	月	日																						
住 所	〒																											
	電話番号																											
届 出 種 別	送付先の指定(下記) ・ 指定送付先の解除																											
指定送付先	郵便番号																				電話番号							
	住 所																											
	氏 名											様方	続柄															
変更の理由																												
<p>○この申出書の提出後は指定の送付先に関係書類が郵送されます。</p> <p>○被保険者に住所等異動があってもこの登録が優先されます。(本人の住所移転を機に送付先を当該移転先に希望される場合はこの登録の解除の「申出」が必要です。)</p>																												
<p>南アルプス市長 様</p> <p>上記のとおり介護保険関係書類について送付先を変更されるよう申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申 出 者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>																												

受付		電算入力		備考	
----	--	------	--	----	--