

介護保険 送付先変更届出書

角田市長 殿 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者 番号	0	2	0	0						
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日					
	住所	〒 - 電話 ()									

介護保険係から発送される書類の送付先について、次のとおり届出します。
なお、この届出に係る関係者への説明は、私が責任をもって行います。

(窓口に 届出者 に こ ら れ た 方)	氏名		被保険者 との関係	
	住所	〒 - 電話 ()		
	☐ 届出者と同じ住所(☑の場合、送付先は記入不要) ☐ 住所地に戻す			
送 付 先	氏名		被保険者 との関係	
	住所	〒 - 電話 ()		
適用開始日	令和 年 月 日			

※ 届出には、届出者の本人確認書類の提示(運転免許証、個人番号カードなど)が必要です。

市処理欄

課 長		補 佐		係 長		係 員		確 認		受 付	
入力日	令和 年 月 日										

本人確認書類 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード
 ☐ 公的証明書 ☐ その他()

備 考	
--------	--