介護保険　送付先変更･廃止届出書

年　　月　　日

高砂市長　様

下記の被保険者の介護保険にかかる文書の送付先の変更･廃止を届出いたします。

届出者	フリガナ		続柄	
	届出者名			
	届出者住所	〒　　－ 電話（　　）　　－		

届出種別	1. 送付先を以下のとおり変更　　2. 届出済の送付先を廃止			
送付先 （変更の場合のみ記入）	1. 届出者住所に同じ 2. 被保険者住所と同じだが方書を追加（　　様方） 3. その他（下欄に記入）			
	フリガナ		続柄	
	送付先名			
	送付先住所	〒　　－ 電話（　　）　　－		
変更･廃止理由	1. 本人が現住所に居住していないため 2. 本人による郵便物の管理が困難なため 3. 本人死亡のため 4. その他（　　）			

本人同意欄

私は、介護保険にかかる文書の送付先を上記届出のとおり変更･廃止することに同意します。

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
被保険者住所	〒　　－		

添付書類

（郵送の場合はコピーで可）

･本人の身分証明書（本人死亡の場合は不要です）

･届出者の身分証明書

	変更等	課　長	副課長	係　長	係	
高砂市処理欄	□変更　　可･不可 □廃止　　可･不可					