

送付先変更届

令和 年 月 日

忠岡町長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

被保険者との続柄 _____

電話番号 _____

下記の理由により、当該被保険者に関する介護保険関係書類の送付先変更をお願いします。

記

被 保 険 者	被保険者番号						
	住 所	忠岡町	丁目	番	号		
	氏 名				性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		
	電話番号						
送 付 先	住 所	〒 ー					
	氏 名						
	被保険者との続柄						
	電話番号						
(送付先を変更する書類) 介護保険関係すべての書類		要介護認定関係書類・被保険者証 介護保険料賦課徴収関係書類 給付関係書類 など					
(送付先変更を必要とする理由)							

※申請者が代理人の場合は委任状を添付してください。

受付	入力	チェック

【町記入欄】

本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票(写)・住基台帳・その他()	
本人確認	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()
代理人確認	代理権確認	委任状・本人の被保証・戸籍謄本・その他()
	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()