

# 介護保険関連書類等送付先変更申請書

足利市長 宛

年 月 日

【下記を同意し、送付先変更申請を行います】

- ・本人又は家族の了承を得て送付先を変更します。
- ・本人の施設退所、利用事業所変更等により送付先変更の解除又は送付先再設定の必要がある場合、速やかに元気高齢課に申し出てください。
- ・送付先に書類が届かない場合、届出の送付先を解除し本人住所地に書類を送付することがあります。

申請者

氏 名 (被保険者との続柄)	印 ( 続柄 )
住 所	
電 話 番 号	

被保険者

氏 名 (被保険番号)	印	被 保 険 者 番 号
住 所		
電 話 番 号		

元気高齢課から送付する被保険者の介護保険関連書類(介護認定・介護保険給付・介護保険料等の通知)を以下の住所に送付してください。

郵 便 番 号	〒
住 所	
氏 名 (被保険者との続柄)	( 続柄 )
電 話 番 号	
送付先変更理由	

システム入力	/	担当
--------	---	----