

## 送付先変更届（介護保険課）

<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担限度額証 <input type="checkbox"/> 負担割合証（再交付の場合のみ） <input type="checkbox"/> その他
--

中間市長 様

下記のとおり、送付先の変更を届け出ます。

届出日      年      月      日

届 出 者	フリガナ	続柄
	氏名	
	〒      ー 住所	
	電話番号（      ）      ー	

被 保 険 者	被保険者番号	0	1	0										
	フリガナ	性別		生年月日										
	氏名	男	女	年 月 日										
	〒      ー 住所													
	電話番号（      ）      ー													

該当する欄に、チェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 届出者の住所に送付する	
<input type="checkbox"/> 届出者とは違う住所に送付する（下の送付先を記入して下さい。）	
送 付 先	〒      ー
	住所
	氏名（病院・施設名称）
	電話番号（      ）      ー

届出の理由（該当する欄に、チェックして下さい。）

- 独居かつ長期不在により、郵便物が受取れないため。（入院または入所先\_\_\_\_\_）
- 本人及び家族の者の心身の状態により郵便物の管理が困難なため。
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

届出者確認	他課連絡	受付印	入力	確認
<input type="checkbox"/> 公的証明書等	<input type="checkbox"/> 課税課			
<input type="checkbox"/> その他・口頭質問	<input type="checkbox"/> 健康増進課			