介護保険関連通知送付先変更申請書

五泉市長　宛

次のとおり、介護保険に関する諸通知の送付先の（　**登録**　・　**変更**　・　**廃止**　）を申請します。

		申請年月日	年　　月　　日
提　出　者 （窓口に来た人）		確認方法	□運転免許証　□被保険者証 □その他（　　）
提出者住所 （提出者が被保険者本人である場合は記載不要）	〒　　― 電話番号		

被保険者	被保険者番号		
	フリガナ		生　年　月　日
	氏　　名		明・大・昭　　年　　月　　日
	住　　所	〒　　― 電話番号	

送付先	フリガナ		本人との関係	
	氏　　名			
	住　　所	〒　　― 電話番号		

処理欄	送付先設定	□　資格・受給・給付管理（保険料納付書関係以外の介護保険関係書類） □　賦課・収納関係（保険料納付書関係）
	有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
	申請の理由	