介護保険関係書類送付先変更届

土庄町長　様

　　　年　　　月　　　日

（届出者）　　郵便番号

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

被保険者との続柄

連絡先

下記の理由により、介護保険関係書類の送付先を変更しますので、届出者の身分を証明できる書類等の写しを添えて申請します。

（○をつける）

１．一時的に住所地を離れているため

２．病院・施設等に入院・入所しているため

３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏　　名 |  | 被保険者証番　　　号 |  |
| 送付先 | * 送付先は届出者と同じ
* 送付先と届出者は異なる（下記をご記入ください。）
 |
| 郵便番号 | 〒 |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 方書き（施設・アパート名等） |  |
| 電話番号 |  |

※届出者の身分を証明できる書類とは、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等のことを言います。詳しくは、土庄町健康福祉課（0879-62-7002）介護保険係までお問い合わせください。