

# 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 \_\_\_\_\_  
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、届出者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等）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<br>氏 名    |                                                                                          | 被保険者証<br>番 号 |  |
| 被保険者<br>生年月日   | 大正 ・ 昭和 年 月 日                                                                            |              |  |
| 介護保険料<br>のお知らせ | <input type="checkbox"/> 介護保険料のお知らせ（税務課から送付）も送付先を変更する                                    |              |  |
| 送<br>付<br>先    | <input type="checkbox"/> 送付先は届出者と同じ<br><input type="checkbox"/> 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                                                                                      |              |  |
|                | 方書き<br>(施設・アパート名等)                                                                       |              |  |
|                | 宛名                                                                                       |              |  |
|                | 電話番号                                                                                     |              |  |

※ご不明な点がございましたら、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。