送付先変更届を提出される場合は、必ず事前に

健康福祉課の介護保険係(0879-62-7002)にご連絡ください。

記入例

(届出者) 郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 〇〇県××市△△町 **丁目**番地

氏名 土庄 太郎

被保険者との続柄 長男

連絡先 090-××××-××××

施設職員・ケアマネ等が提出する場合は、「施設職員」「ケアマネ」とお書きください。

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)

いずれか1つ。施設職員・ケアマネ等が届出者の場合は上記のいずれか+職員証も添付してください。

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	
被保険者 生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日		
介護保険料 のお知らせ	☐ 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 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。） どちらかにチェック		
	郵便番号	〒	
	住 所		
	方書き (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。