

## 介護保険 関係通知等 送付先変更届

壬生町長 様

次のとおり届けます。

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号									生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	フリガナ															
	氏名										性別	男・女				
	住所															
電話番号																

送付するもの	1. 介護保険関係の書類全て(下記①～④の通知の全て)		
	2. 一部 ① 介護保険料関係通知書 ② 給付サービス関係通知書 ③ 被保険者証・認定関係通知書(更新のお知らせなど) ④ 負担限度額認定証関係通知書		
	3. 国保・後期高齢者医療保険関係、税関係含む全て		
送付先変更の理由	1. 一時的に住所地とは異なるところに居住するため。(期間: ) 2. 施設や病院に入所(入院)したため。 3. 本人が郵便物の管理をすることが困難なため。 4. その他(具体的に: )		
送付先住所	〒		
		電話番号	
送付先氏名・名称		様方	本人との関係

届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	<small>※届出者が被保険者本人または送付先と同じ場合は記載不要</small> <div style="text-align: center;">電話番号</div>		

<事務処理欄>

受付日		受付方法	窓口 ・ 訪問調査 ・ 郵便	入力日	
-----	--	------	----------------	-----	--