

令和×年□月○日

下妻市長 殿

長寿支援課送付先変更届出書

下記のとおり、長寿支援課に係る送付物の送付先を変更したいので届け出ます。

1. 現在の送付対象被保険者氏名

フリガナ	カイゴ イチロウ	被 保 険 者 番 号									
被保険者氏名	介護 一郎	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	大・(昭) ○○年 ××月 △△日										
住所 (変更前)	〒234-5678 ××県□□市1-1		電話番号				123(456)7890				

2. 送付先氏名

フリガナ	カイゴ タロウ
送付先氏名	介護 太郎
住所 (変更後)	〒123-4567 ○○県××市2-2 電話番号 012(345)6789

3. 届出人

送付先変更理由	(例) 施設入所中のため、郵便物の受け取りが困難なため			
届出人※	氏名	介護 太郎	続柄	子
	住所	〒123-4567 ○○県××市2-2		

※届出人の本人確認書類を添付してください。(写真付きの身分証明証)

○送付先を再度変更したい場合、又は届出人に異動が生じた場合は再度提出してください。

4. 送付先変更対象送付物

変更対象送付物	<input checked="" type="checkbox"/> 共通	<input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 利用者減免
---------	--	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

【市町村記入欄】

市町村名	受	録日 月 日
下妻市	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> その他 ()	

・送付先変更を解除し

『4. 送付先変更対象送付物』いずれかにチェックをお願いします。

- ・共 通：長寿支援課からのすべての書類
- ・保険料：介護保険料納付書、還付通知等のみ
- ・給付：介護給付費支給等決定通知書等のみ
- ・認定：介護認定結果通知等のみ

年 月 日

送付先解除者氏名