

介護保険関係書類(認定更新、給付通知等)に係る郵送先変更依頼書

注)介護保険料は税務課にて処理をしていますので上記には含みません。

丸亀市長 あて

下記のとおり、介護保険に関わる書類の郵送先変更について、本人の同意にもとづき依頼します。

年 月 日

氏 名

住 所

電話番号

本人との続柄 ()

1 被保険者

フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		性 別	男 ・ 女

2 郵送先変更に係る申出事項

郵送先氏名		本人との関係	
郵送先住所	〒 - 電話番号() -		
郵送先変更が必要な理由			
備 考			

※以下は記載不要です。

市記入欄

○本人の同席(有り ・ 無し) ○申し出者の身分確認書類 □運転免許証 □健康保険証 □その他()	受付年月日	取扱者