

介護保険 送付先(登録・変更・取消)届

菊陽町長 様

次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日		
申請者氏名	(印)			被保険者との続柄		
申請者住所	電話番号					

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号				生年月日	年	月	日
	氏名				性別	男 ・ 女		
	住所	電話番号						

送付先の住所	電話番号						
送付先氏名 (宛 名)				被保険者との続柄			
変更等の理由	1 介護保険施設等へ入所中のため 2 住民基本台帳上の住所と居所が異なるため 3 その他 ()						

※ 介護給付費通知については、送付先の指定はできません。

※ 送付先を設定している人が転出・死亡等した場合でも、登録した送付先は取消されません。

※ 送付先を変更・取消する場合には再度届出が必要です。

受付担当者名	
入力担当者名	
入 力 日	