介護保険制度　各帳票送付先変更申請

世羅町長様

　介護保険制度の各帳票について、次の通り送付先を変更していただくようお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護被保険者番号 |  | 宛名番号 |  |
| フリガナ |  |
| 被保険者名 | 明・大・昭　　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 世羅郡世羅町大字　　　　　　　　　　番地 |
| 変更の理由 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

　変更する送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 　〒 |
| 電話番号 |  |
| 本人でない場合の受取人 |  |
| 本人でない場合の続柄 | （詳しく記入） |

　上記のとおり届け出ます。なお、記載事項に虚偽がない事を誓います。

　また、送付先変更によって生じた問題についての一切の責任を負います。

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　名　　前

　　　　　　　　　　続　　柄

　　　　　　　　　　連絡先

※送付先変更を希望される帳票を〇で囲んでください。

|  |
| --- |
| 介護保険　被保険者管理　認定管理（保険証）受給者管理（負担割合証・負担限度額）給付管理（高額介護サービス外）賦課管理（税務課） |

|  |  |
| --- | --- |
| 入　力 | 確　認 |
|  |  |