

介護保険認定結果通知等送付先変更依頼書（新規・変更）

※いずれかに○をつける

光 市 長 様

次のとおり、介護保険に関する書類等の送付先変更を依頼します。

依頼年月日	年	月	日
-------	---	---	---

※ 太線の中を記入してください

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名		性別	男 ・ 女			
	住所 (住民票)	〒					

* 依頼者が被保険者本人の場合、依頼者欄は記入不要

依 頼 者	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒		

申請理由	
------	--

送付先	1 依頼者あて	2 その他	3 住所地
-----	---------	-------	-------

「2 その他」の場合に記入（ただし、送付先の了解がとれていること。）

送 付 先	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒		

備考	
確認欄	LP宛名管理入力 <input type="checkbox"/> 未 ・ 済 <input type="checkbox"/> 期間（依頼日～ . . .）