

介護保険にかかわる書類の送付先申請書

中央市長 様

年 月 日

届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒 電話番号 ()		

次のとおり介護保険にかかわる書類の送付先を届出ます。

		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
被 保 険 者	フリガナ	被保険者番号					
	氏名						
	住所	〒 電話番号 ()					

送 付 先	住所	電話番号 ()		
	氏名	被保険者との関係		

届出の理由 ※該当に○を付けてください	1 施設入所のため ()	2 認知症により 管理が困難	3 独居のため ()	4 その他 ()
------------------------	------------------	-------------------	----------------	--------------