

介護保険 送付先変更届

年 月 日

軽井沢町長 様

氏名 _____ (印)

被保険者との続柄 _____

届出人 住所 _____

電話番号 _____

※届出人が被保険者本人の場合は住所、電話番号は記載不要です。

下記の理由により、当該被保険者に関する介護保険関係書類の送付先を変更してください。

被 保 険 者	被保険者番号						
	住 所	軽井沢町					
	氏 名				性別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和		年	月	日	
	電 話 番 号						
送 付 先	住 所	〒 _____					
	フリガナ				※どちらか選んでください		
	氏 名				送付先氏名・方書		
	被保険者との続柄						
	電 話 番 号						
(変更を希望する書類) 1 介護保険料に関する通知 (納付管理) 2 認定に関する通知 (受給者管理) 3 介護保険サービスに関する通知 (給付管理)							
(送付先変更を必要とする理由) 1. 住民票上の住所地と現住所が異なるため 2. 文書管理ができないため 3. 介護保険施設等入所 (院) により不在となるため 4. その他							

◎届出内容に変更が生じた場合は直ちにその旨を申し出てください。

課 長	課長補佐	課長補佐	係長	係	処 理	受 理
						・ 来庁 ・ その他