

介護保険関係帳票送付先変更申請書

平成 年 月 日

宇多津町長 殿

下記のとおり、送付先の変更を申請します。

届出者氏名	印	被保険者 との続柄	
届出者住所			

被保険者番号				
被 保 険 者	氏 名	印		
	住 所			
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	電話番号
変 更 先	住 所	〒		
	宛 名			
	電話番号			
送付先を変更 する理由		<input type="checkbox"/> 成年被後見人であるため ※添付書類 成年後見登記事項証明書の写し、成年後見人の身分証明書の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先変更を 希望する帳票		<input type="checkbox"/> 資格記録管理 <input type="checkbox"/> 保険料納付記録管理 <input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 給付実績管理 <input type="checkbox"/> 共通管理		