

令和 年 月 日

匝瑳市長 あて

住 所 _____

届出者 氏 名 _____

電話番号 () _____

被保険者との関係 _____

介護保険関係書類送付先変更届

当該被保険者に関する介護保険関係書類については、下記の事由により住所地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう届出します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）及び送付先に説明済みであり、書類の送付により生じた問題に対する責任は、届出者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者	住所	匝瑳市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
変 更 後 の 住 所 等	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	()
	被保険者との関係	本人・親族 ()・成年後見人・その他 ()
変更の理由	1 書類の管理が出来ないため 2 施設入所または入院のため 3 成年後見制度の対象者であるため 4 本人死亡のため 5 その他 ()	
変更の期間	期限なし ・ 令和 年 月まで	
変更する送付書類	<input type="checkbox"/> 右記全て <input type="checkbox"/>認定関係書類 <input type="checkbox"/>保険料関係書類 <input type="checkbox"/>給付関係書類 <input type="checkbox"/>利用者減免関係書類	