送付先変更届出書

被保険者氏名	被保険者番号	
フリガナ		
㊞	生年月日 明・大・昭 年　月　日	性別 男・女
住所		
〒　　―		

送付先住所	
〒　　―	
送付先氏名	本人との関係
送付先変更帳票区分	
□　認定/介護保険サービスに関する通知（資格・認定・給付業務等の管理書類）	
□　介護保険料に関する通知（納付業務等の管理書類）	

※認定結果のみ変更する場合は「認定結果通知書送付先変更届」をご利用ください。

紀北広域連合長　　様

上記のとおり、介護保険関係書類の送付先の変更を届け出ます。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　㊞

電話　　（　　）

＊上記の黒枠線の項目につき記入をお願いします。

【紀北広域連合記入欄】

□　受給者管理書類	□　納付管理書類
□　給付実績管理書類	