

# 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	
〒 ー	

送付先住所	
〒 ー	
送付先氏名	本人との関係
送付先変更帳票区分	
<input type="checkbox"/> 介護保険サービスに関する通知	(資格・認定等の受給者管理書類)
<input type="checkbox"/> 介護保険料に関する通知	(納付業務等の管理書類)
<input type="checkbox"/> 認定結果通知書の送付先変更	(当該申請に関する1回のみ有効)

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。

令和 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】

<input type="checkbox"/> 受給者管理書類	<input type="checkbox"/> 納付管理書類
<input type="checkbox"/> 給付実績管理書類	<input type="checkbox"/> 認定結果通知書