

介護保険に係る送付先変更届出書

令和 年 月 日

花巻市長 殿

介護保険に係るもの全般の送付先を次のとおり変更願います。

申請者	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒									
電話番号					被保険者との続柄						

被保険者	フリガナ														
	氏名														
	住所	〒													
生年月日	大・昭	年	月	日	被保険者番号										

送付先	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ場合はチェックをしてください（下記送付先の記載は不要です）														
	フリガナ														
	氏名														
	住所	〒													
電話番号					被保険者との続柄										

送付先 変更理由	1. 入院（入所）中で住所地に誰もいないため
	2. 本人が書類等の管理をすることが難しいため
	3. 一時的に親族等の家に身を寄せているため
	4. その他 ()

※担当 処理欄	備考	
	受付印	

・上記に変更等がある場合は、花巻市役所長寿福祉課または各総合支所市民サービス課までご連絡をお願いいたします。