介護保険　送付先変更届出書

筑紫野市長　様

下記のとおり届出します。

なお、届出により生じた問題は、届出人が責任をもって対処することを了承します。

		届出年月日	年　月　日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	〒 電話番号　－　－		

＊届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号の記載は、記載不要

被保険者	被保険者番号	□□□□□□□□□□		
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号　－　－		

送付先住所	フリガナ		本人との関係	
	氏　名	※ □ 届出者の氏名、住所と同じ（記載不要）		
	住　所	〒 ※　□ 今回のみ上記送付先へ送付を希望します（次回以降は住民票の住所へ送付）		
	電話番号	－　－		

変更の理由	□ 入院中のため □ 施設入所中のため □ 本人が書類の管理が困難であるため □ 成年後見人等選任のため □ 本人死亡のため	□ その他（ 具体的にご記入ください ）

筑紫野市高齢者支援課から被保険者あてに郵送されるすべての郵便物について、上記に記載されている送付先住所に郵送されることを了承します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿【 代理者（家族等）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係＿＿＿＿ 】

※本人及び家族以外の方が届出を行う場合は、本人氏名または代理者（家族等）氏名欄に署名をお願いします。

職員記入欄	受　付 受付者 受付日 年　月　日