

令和 年 月 日

介護保険に係る文書の送付先依頼届出書

木津川市高齢介護課長様

木津川市高齢介護課から送付される、介護保険に係る全ての文書についての送付先の変更・停止を、下記のとおり依頼します。

申請者住所 _____

申請者名 _____ ⑩

被保険者との続柄 (_____)

フリガナ		被 保 険 者 番 号									
被保険者氏名											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住 所	〒					電話番号					

新しい送付先

住 所	〒 _____ 様方		
電 話 番 号		被保険者との続柄	
変 更 理 由			

* その他、連絡事項等ある場合は、下記にご記入下さい。

[_____]