

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 宛て

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 _____

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。

[]