

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。

[ \_\_\_\_\_ ]