

介護保険 送付先変更申請書

年 月 日

千代田区 保健福祉部 高齢介護課長 様

介護保険及び高齢者福祉サービスにかかわる郵送物の送付先について、

下記のとおり 1 送付先の変更 2 送付先変更の取消 を申請します。

※いずれかを○で囲んでください。

<申請者>

※法人関係者の場合は、法人の住所・電話番号をご記入ください。

氏名	(法人の場合は、法人名もご記入ください。)		被保険者との続柄
	フリガナ		
住所	〒		
電話番号 (日中の 連絡先)			

<対象者及び送付先変更等の理由及び期間>

被保険者番号	氏名
理由	
期間	期間が決まっている場合は記入してください。 申請月 ~ 年 月 まで

<郵便物の送付先>

※送付先が申請者と同じ場合または送付先変更取消の場合は、以下記入不要です。

送付先	住所	〒
	あて名	フリガナ
	電話番号 (日中の 連絡先)	

※高齢介護課処理欄

入力日	エクセルNo	入力者	確認者	処理欄
				・成年後見人を入力する場合、あて名にその旨を入力すること。