

介護保険 送付先（登録・変更・取消）申出書

令和 年 月 日

高鍋町長 様

下記のとおり、介護保険に関するすべての書類を送付先宛てに送付してください。

届出区分	<input type="checkbox"/> 新規（初めて届け出をする場合）
	<input type="checkbox"/> 変更（以前の送付先から別の送付先に変更する場合）
	<input type="checkbox"/> 取消（以前の送付先から被保険者の住民票のある住所に変更する場合）

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	【 明 ・ 大 ・ 昭 】								
	住所									
連絡先	— —									

送 付 先	住所									
	宛名									
	被保険者との関係	子 ・ 配偶者 ・ その他（ ）								
	連絡先	— —								
	届出理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中または介護保険施設に入所しているため <input type="checkbox"/> 送付先の対象者が郵便物の管理を行っているため <input type="checkbox"/> その他（ ）								
送付期間	年 月 日 から 年 月 日まで									

申 請 者	氏名									
	被保険者との関係	本人 ・ 子 ・ 配偶者 ・ その他（ ）								
	住所									
	連絡先	— —								