

# 介護保険送付先変更申出書

泉南市長 様

介護保険関係書類に係る、送付先変更等に係る申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒	電話番号	

※申請された方が被保険者本人の場合、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ												性別	生年月日						
	氏名												男 ・ 女	明治 大正 年 月 日 昭和						
	現住所												電話番号							
	送付先住所												電話番号							



■送付先変更項目	
<input type="checkbox"/>	介護保険料に関すること
<input type="checkbox"/>	介護保険要介護認定通知書等
<input type="checkbox"/>	給付管理に係る通知書
(介護給付償還払・住宅改修・福祉用具・高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス等)	