

介護保険関連通知送付先変更届

(届出先)東村山市長

下記の被保険者について

- 資格関係(被保険者証)
- 保険料関係(保険料決定通知など)
- 認定関係(認定結果通知、更新勧奨通知など)
- 給付関係(負担割合証、高額介護サービス費など)

に関する通知の送付先を次のとおり(変更・解除)したいので、届出します。

申請者

申請日 年 月 日

氏名	フリガナ	被保険者との関係	
住所	〒	都道府県	郡市区
			町
			電話番号 ()

送付先を変更する被保険者

氏名	フリガナ	被保険者番号	0	0	0	0				
			生年月日	明	大	昭	年	月	日	
住所	〒	都道府県	郡市区	町						
				電話番号 ()						
変更理由	1. 本人管理が困難なため 2. 住所地とは別のところで生活しているため 3. その他()									

変更後送付先 ※申請者と同様の場合、または解除の場合は記入不要

宛名	フリガナ	被保険者との関係	
住所	〒	都道府県	郡市区
			町
			電話番号 ()

市記入欄		
入力日	解除日	担当者
/	/	