記入例

今回限り

介護保険関係書類送付先変更（取

本人以外が申請する場合は、届出者の身分証明証の写しを添付してください。

松前町長　　あて

次のとおり送付先の変更（取消）を届出します。　　○月○○日

届出者氏名	岡　田　花　子　　㊞	本人との関係	長　女
届出者住所	〒***-**** ○ ○ 町　△ △ ＊＊＊－＊＊ 電話番号（＊＊＊）＊＊＊－　＊＊＊＊		

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所及び電話番号は不要です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊		
	フリガナ	マサキ　タロウ	生年月日	明・大・㊐ ** 年 ** 月 ** 日
	氏　名	松 前　太 郎	性　別	㊚　・　女
	住　所	〒791-3192 松 前 町 筒 井 ６ ３ １ 電話番号（０８９）９８４－８９１６		
申請事由		(1.)新規設定　~~2．変更届出~~　~~3．取消届出~~		
送付先を変更する関係書類		(1.)認定・受給減免関係　~~2．給付関係~~　~~3．保険料関係~~		
送付先を変更する理由		1.本人による管理が困難なため (2.)一時的に住所地とは異なる場所で生活しているため 3.その他（　　）		
変更送付先	住　所	〒***-**** ○ ○ 町　△ △ ＊＊＊－＊＊ 電話番号（＊＊＊）＊＊＊－　＊＊＊＊		
	宛名人	岡　田　花　子	本人との関係	長　女
備　考				

本人と相当の関係を有する者の氏名を記入して下さい。ケアマネージャーや病院職員宛への送付はできません。

注１　この届出書は、町から送付される各種の介　　ることにより、本来の住所地以外の場所への送付を希望　　先変更は、取消届出があるまで継続します。

２　指定送付先の宛名人は、郵便物が間違いなく配達されるための方書きとなりますので、本人と相当の関係を有する者の氏名を記入してください。

３　送付先を指定する特別の理由が認められないとき、指定送付先の宛名人等の了解が得られないとき、通常郵便による送付が困難な場所を指定したときなどは、その申出を受理できない場合がありますので、ご了承願います。

４　届出者が本人以外の場合、身分証明書の写しを添付してください。

受付印

受付	入力