

介護保険業務に係る郵送物の送付先住所登録・変更・終了申請書

受付印

記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日

岬町長 宛

いずれかに○

次のとおり介護保険業務に係る郵送物の送付先の(登録・変更・終了)を申請します。  
 なお、本申請書に変更があった場合は、速やかにその旨を届出します。また、虚偽の申出、その他不正行為によって本申出を行いません。介護保険業務に関する郵便物の送付先変更に伴う不都合や不利益が生じて、申請者が責任をもって、その解決を行います。

申請者	フリガナ	ミサキ ハナコ	被保険者との続柄
	氏名	岬 花子	長 女
	住所	〒599-0392 岬町深日2000番地の1	
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	

被保険者	被保険者番号	00000 〇〇〇〇〇		
	フリガナ	ミサキ タロウ		
	氏名	岬 太郎	いずれかに○	
	生年月日	明治・大正・昭和	〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〒599-0300 岬町深日2222番地の1		
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		

新送付先	住所	〒599-0392 岬町深日2000番地の1		
	方書き	岬 花子 方		
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		

申請理由(\*できるだけ詳しくご記入ください。)  
 (例) 平成25年4月1日より施設に入所することとなり、

\*町処理欄(下記は記入しないでください)

受付	区分	処理区分	入力
	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 受給者	
	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 納付	
	<input type="checkbox"/> 電話(仮登録)	<input type="checkbox"/> 給付	