

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

年 月 日

岬町長 宛

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も、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		被保険者との続柄
	氏名		
	住所	〒	
	電話番号	-	-

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所	〒		
	電話番号	-	-	

新送付先	住所	〒		
	方書き	方		
	電話番号	-	-	

申請理由（*できるだけ詳しくご記入ください。）

* 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	