

介護保険 送付先変更届出書

年 月 日

赤磐市長 殿

年 月以降の下記の被保険者に関する介護保険の書類については、指定する住所への送付を希望します。

★被保険者

被保険者番号																		生年月日	明・大・昭	年	月	日			
フリガナ																									
氏名													性別	男 ・ 女											
住所	〒												電話番号												

★届出者

氏名					続柄				
住所	〒				電話番号				

★送付先

届出者と同じ(宛名も届出者氏名になります)

下記住所

氏名					続柄							
住所	〒				【方書】				電話番号			