介護保険関係通知書等送付先変更届出書

令和　　年　　月　　日

只見町長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者住所 | 〒 |
| 届出者氏名 | 印 |
| 電話番号 |  |
| 被保険者との関係 |  |

介護保険関係にかかる通知書等の送付先について、次のとおり届出します。

　なお、この届出書は被保険者本人またはその親族の承諾のもと届出するものです。

1. 届出理由

□　住民基本台帳上の住所は、現在空き家となっており、受け取る者がいない。

□　被保険者本人は高齢でひとり暮らしであり、通知内容を十分に理解できない。

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒９６８－  只見町大字  電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | |

1. 変更送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　（　　　） |
| 氏名 | （被保険者本人との関係） |

※上記変更送付先を変更したいときは、再度申請してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 町処理欄 | 受　付 | 入　力 | 確　認 |
|  |  |  |