阿智村介護保険　送付先等変更届出書

令和　　　　年　　　月　　　日

阿智村長　あて

住　　所

届出人

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

〔被保険者との続柄：　　　　　　　　　　〕

次により、介護保険に係る通知の送付先等の変更を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 現送付先 | 住　　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 新送付先（必要に応じて○○様方まで記入してください） | 住　　　所 | 〒 |
| 氏　　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 役場窓口での受取を希望する場合 | 受取人氏名 | （本人との関係：　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　　考（送付先変更の理由等） |  |

※　既に発送準備が整っている通知については、変更前の送付先に届く場合があります。

**届出人が被保険者本人、親族以外の場合は必ず同意の署名を記入して下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者または被保険者家族の同意 | 介護保険に係る通知について、上記のとおり送付先等を変更することに同意します。令和　　　　年　　　月　　　日本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（ 本人自署 ・ 家族【続柄　　　】 ・ 成年後見人 ） |