

年 月 日

## 介護保険資格・給付関係書類送付先（変更）申請書

西桂町長 様

次のとおり、介護保険に関する諸通知の送付先の変更を申請いたします。  
なお、この申請により被保険者に不利益が生じた場合には申請者がその責を負います。

被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	住所 (住民登録地)	〒	電話番号	( )

送付先・ 変更理由等	フリガナ		被保険者 との関係	
	氏名			
	送付先住所 (肩書まで詳しく)	〒	電話番号	( )
	変更理由 (※右の1~4の中 から該当する番号 に○印を記入)	1. 本人が書類の管理ができないため 2. 住民票の所在地に居住していないため 3. 施設に入所しているため 4. その他 ( )		

申請者	フリガナ		被保険者 との関係	
	申請者氏名			
	申請者住所 (肩書まで詳しく)	〒	電話番号	( )

※申請者が送付先の氏名と同じ場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

※親族以外の方が申請される場合、本申請書以外に被保険者署名のある委任状の添付が必要となります。