介護保険送付先変更届

令和　　年　　月　　日

下水内郡栄村長　あて

届出人　　住　所

　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　　　氏　名

　　　　　（被保険者との続柄：　　　　　　　）

　　　　　電話番号

次により、介護保険に係る帳票の送付先を届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住　所 | 〒 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | |
| 氏　名 |  | |
| ※被保険者番号 |  | |
| 送付先 | 住　所 | 〒 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 被保険者との続柄 |
| 氏　名 |  |  |
| 電話番号 |  | |
| 変更理由 |  | | |
| 期　間 | 令和　　　年　　　月から | | |