

介護保険関連通知送付先申請書

(あて先) 聖籠町長

次のとおり、介護保険に関する諸通知の送付先の（登録・変更・廃止）を申請いたします。

		申請年月日	年	月	日
提出者 (窓口に来た方)		確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
提出者住所 <div>提出者が被保険者本人である場合は記載不要</div>	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 — —				

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ		生 年 月 日		
	氏 名		明・大・昭	年	月 日
	住 所	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 — —			

送 付 先	フリガナ		本人との関係	
	氏 名			
	住 所	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 — —		

送付先設定業務	<input type="checkbox"/> 資格管理（被保険者証）・給付管理（サービス費関係） <input type="checkbox"/> 賦課管理・収納管理（保険料納付書）
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日
申請理由	