平成　　年　　月　　日

芽室町長 　様

**送 付 先 変 更 依 頼 申 出 書**

介護保険に係る文書等の送付先について、下記のとおり変更を依頼します。

なお、町役場内関係部署への下記情報の提供に同意します。

**被保険者（本人）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住民票住所 | 〒 |
|  |
| 電話（　　　　　　）　　　－　　　　　　 |

**送付先（家族・相続人等）** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※実際に送付する宛先です**

|  |  |
| --- | --- |
| 送付を希望する書類の種類 | ※送付先の変更を希望する書類を○で囲んでください。 |
| 受給者書類（介護認定と保険給付関係） ・ 賦課収納書類（保険料の決定と納付関係） |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ 本人氏名を宛先氏名とする（送付先氏名は方書となります） |
| 被保険者との関係 | 配偶者・子・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）相続人（被保険者が死亡している場合） |
| 住所 | 〒 |
|  |
| 電話（　　　　　　）　　　－　　　　　　 |

**届出人**（被保険者及び送付先氏名と異なる場合のみ記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ 本人氏名を宛先氏名とする（送付先氏名は方書となります） |
| 被保険者との関係 | 配偶者・子・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
|  |
| 電話（　　　　　　）　　　－　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |

※住民票に異動（転居・転出等）があった場合でも、本送付先が優先されます。送付先変更を取り止めたいときは、改めて申し出てください。