

## 介護保険 送付先変更申請書

能代市長 様

次のとおり申請します。

|       |               |       |
|-------|---------------|-------|
|       | 申請年月日         | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 本人との関係        |       |
| 申請者住所 | 〒<br><br>電話番号 |       |
| 申請の理由 |               |       |

|                  |               |           |       |   |     |
|------------------|---------------|-----------|-------|---|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号        | . . . . . |       |   |     |
|                  | フリガナ          |           |       |   |     |
|                  | 被保険者氏名        | 生年月日      | 明・大・昭 | 年 | 月 日 |
|                  |               | 性別        | 男     | ・ | 女   |
| 住所               | 〒<br><br>電話番号 |           |       |   |     |

※送付先が申請者への送付先と違う場合、ご記入下さい。

|       |               |  |
|-------|---------------|--|
| 送付先氏名 | 本人との関係        |  |
| 送付先住所 | 〒<br><br>電話番号 |  |

本人確認

マイナンバーカード ・ 免許証 ・ 旅券 ・ 保険証 ・ その他( ) ・ 訪問