

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"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 被保険者証		
			<input type="checkbox"/> 預貯金通帳	<input type="checkbox"/> その他 ()		
提出者住所 <small>提出者が被保険者本人である場合は記載不要</small>	〒 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			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） <input type="checkbox"/> 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	