

記入例

介護保険に係る送付先変更届

気仙沼市長 あて

届出年月日 平成29年4月 / 日

被 保 険 者	フリガナ	クセンヌマ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	気仙沼 花子			
	生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 7年8月9日			
	住所	気仙沼市 八日町一丁目1-1			
	被保険者番号	0012345678			

※該当する□にレ印をご記入ください。

送付先を変更するもの	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者管理帳票	介護認定結果、更新のお知らせ等		
	<input checked="" type="checkbox"/> 納付管理帳票	介護保険料納入通知書、督促状等		
	<input checked="" type="checkbox"/> 給付実績管理帳票	高額介護等給付関係通知等		
送付先を変更する理由	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 長期不在 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> その他 []			
変更期間	平成29年4月1日～平成 年 月 日 ※期間が決まっていない場合は開始日のみをご記入ください。			
送 付 先	フリガナ	クセンヌマ タロウ	被保険者との続柄	長男
	氏名	気仙沼 太郎		
	住所	〒988-0066 気仙沼市 東新町2丁目2-1		
	連絡先	電話 0226 (XX) 0000		

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人 (窓口に来た方)	フリガナ	クセンヌマ カズコ	被保険者との続柄	他家
		氏名	気仙沼 一子		
		代理人住所		〒 - 太郎と同じ	
電話		080 (0000) XXXX			

処理欄

受付者 []

入力者 [] 変更処理日 平成 年 月 日 (P入力 台帳記載)

備考 []