**介護保険・その他高齢者福祉関係郵送物変更届出書**

令和　　　年　　　月　　　日

御代田町長　様

申請者 住所

氏名

電話　　 　　　　　　　　－　　　　　－

下記の者の郵便物について送付先を変更してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | ふりがな |  | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | ２ | | ０ | | ３ | | ２ | | ３ | ２ |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 被保険者番号 | | | | ０ | ０ | | ０ |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明　・大　・昭　　　　年　　　　　月　　　　日生 | | | | 性　別 | | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送　　付　　先 | ふりがな |  | | | | | 続柄 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　理　由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更開始月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象郵便物 | 希望するものに○をしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・高齢者福祉関係すべて | | | ・介護予防事業関係 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ・介護保険関係 | | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ⅰ保険証　　Ⅱ保険料関係通知書　　　Ⅲ要介護認定関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　※必要としなくなった場合は、速やかに御代田町保健福祉課に申し出てください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受理 |
|  |  |  |  |  |