

介護保険送付先設定(変更 ・ 取消)届出書



被保険者番号			
フリガナ			
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日			
住 所 (方書・施設名等)			

送 付 先	住 所 (方書・施設名等)	〒	
	フリガナ		被保険者との続柄
	宛名氏名	様方	
	電話番号	()	

事 由	<input type="checkbox"/> 新規設定	<input type="checkbox"/> 変更届出	<input type="checkbox"/> 取消届出
申 請 理 由			
設 定 区 分	<input type="checkbox"/> 資格管理	<input type="checkbox"/> 賦課管理	<input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理

伊方町長 様

上記のとおり送付先設定(変更 ・ 取消)を届出します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

連絡先(電話) _____

<本人確認> 書類名： 番 号：

備 考	
受 付	