

介護保険関係通知の送付先変更申請書

次のとおり申請します。

_____年 ____月 ____日

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 ____年 ____月 ____日	
	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名				
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			

変更理由	<input type="checkbox"/> 本人が管理できないため <input type="checkbox"/> 本人が住所地にいないため（滞在場所： _____） <input type="checkbox"/> 本人死亡 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
------	--

※送付先が申請者以外の場合のみ記入

氏名		本人との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

（注意） この申請書の内容に変更があった場合には速やかに鹿屋市へお知らせください。

入力確認				
------	--	--	--	--