

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	☐ 本人が管理できないため ☐ 本人が住所地にいないため（滞在場所： _____） ☐ 本人死亡 ☐ 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				
----------	--	--	--	--