

介護保険関係送付先変更届出書

令和 年 月 日

加美町長 殿

申請者

〒

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との続柄

下記のとおり介護保険関係通知を送付ください。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号										
フリガナ												
		生 年 月 日					性 別					
		明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日					男 ・ 女					
送 付 先	☐ 申請者と同じ 〒											
	様 TEL ()											
変更希望通知種別（希望する番号を○で囲んでください） 1、介護保険料関係通知 ※送付先変更後も、宛名氏名は被保険者様宛てになります。 （介護保険料決定通知、納付通知 等） 2、その他介護保険関係通知 （要介護認定決定通知、更新のお知らせ、高額介護サービス費のお知らせ 償還給付費決定通知 等）												
変更理由		☐ 施設入所のため ☐ 入院のため ☐ 長期滞在のため ☐ 判断能力低下のため ☐ その他 ()										

町使用欄

申請者本人確認

☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 保険証 ☐ ケアマネージャー
☐ その他 ()