介護保険　送付先変更［開始・変更・終了］届

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
現在送付先 住所	〒	現在送付先 氏名	
送付先変更日	令和　　年　　月　　日　から　　開始　・　変更　・　終了		
変更理由	□ 独り暮らしで家に文書を受け取る者がいない □ 認知症等で家に送ると紛失するおそれがあるため □ 以前送付先を変更していたが、必要が無くなったため □ その他（　　）		
変更先 住所・氏名	□ 住所登録地に送付先を戻す □ 送付先変更 ※新しい送付先（届出者と同じ場合は不要） 〒 住　所 フリガナ 氏　名　　〔電話番号〕 （被保険者から見た続柄：　　）		
送付先変更 希望選択欄	□ 介護保険関係全書類　□ 要介護認定関係書類 □ 保険給付関係書類　□ その他（　　）		

令和　　年　　月　　日

届出者
住　所
氏　名　　電話番号

※申請者が本人及び本人の家族以外の方は、依頼者をご記入下さい。

□本人から依頼　□本人の家族から依頼　□送付先人と同じ

□送付先人以外　〔依頼人の氏名：　　依頼した本人から見た続柄：　　〕

□その他　（理由：　　）

備考欄　（特に注意したいこと等）

横手市 記入欄	備考	《入力者印》	《窓口受付印》