**介護保険関係　送付先申出書**

年　　　月　　　日

被保険者番号

氏　　　　名

住　　　　所　さくら市

介護保険に関する通知について、次のとおり送付先の変更してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先住所 | 〒　　　　　－ |
| 送付先氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 電話番号 |  |
| 続柄 |  |
| 備考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　電話番号 |
| 氏　名 | （フリガナ） |
|  |
| 被保険者との関係 |  |
| 【申請者がケアマネジャーまたは施設関係者の場合】 | □家族の了承済※送付先を変更することについて家族の了承を確認し、チェックを入れてください。 |

【市確認欄】

□　医療保険・税金の郵送先変更の希望の有無