

介護保険

送付先変更届



(宛先) 長野市長

申請日

令和 年 月 日

注意1：介護保険関係の全ての送付物が送付先変更の対象です。

注意2：変更理由を必ず記入してください。

被保険者番号

太ワク内の項目を記入してください。

被保険者 (届出者)

住所 <small>アパート名等</small>	電話 ()	氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日	明
				大
				昭

変更理由

送付先住所

送付先の変更開始は、申請日の翌日からになります。(翌日が休日の場合、翌業務日)

住所 <small>アパート名等</small>	電話 ()	氏名 <small>フリガナ</small>	被保険者との関係

届出代理人

被保険者本人が届出た場合、記入する必要はありません。

住所 <small>アパート名等</small>	電話 ()	氏名 <small>フリガナ</small>	被保険者との関係

確認

入力

届出人の本人確認書類
1点で可 (写真つき)

運転免許証
 マイナンバーカード
 その他 ()

2点以上 (写真なし)

介護保険証
 医療保険証
 その他 ()

備考

受付者

介護保険課 扱

支所 扱

窓口
 訪問
 郵送
 FAX