様式第４号（第10関係）

長野市介護保険

特別地域加算に係る訪問介護等利用者負担減額対象確認証記載事項変更届

年　　月　　日

（宛先）長野市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　長野市介護保険特別地域加算に係る訪問介護等利用者負担減額事業に対する助成金交付要綱第10の規定により、記載事項を変更したので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 新 | 〒  　　　　　　　　　　　連絡先（電話） |
| 旧 | 〒  　　　　　　　　　　　連絡先（電話） |
| フリガナ  氏名 | 新 |  |
|  |
| 旧 |  |
|  |

　※　この変更届の提出に当たっては、被保険者証を提示するとともに、確認証を添付してください。

受付日