

介護保険に係る書類送付先変更届

被保険者	フリガナ		被保険者番号(10 ケタ)	
			個 人 番 号(12 ケタ)	
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	住 所		電話番号	
送 付 先	フリガナ		電話番号	
	氏 名			
	住 所	〒 -	被保険者 との関係	
変更理由	☐ 入院 ☐ 施設入所 ☐ 判断力低下 ☐ 家庭の事情 ☐ その他()			
石 巻 市 長 殿 上記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先について変更したいので届け出ます。 令和 年 月 日 <届 出 者> 住 所 氏 名 電話番号 被保険者との関係				

市使用欄	入力内容確認	受付・入力

記入例

被保険者との関係 **長男**