# 介護保険関係書類等送付先変更届
# （新規・変更・解除）

年　　月　　日

沼田市長　　様

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 届出人 | 氏　名 | | 続　柄 | |
| | 住　所 | 〒<br><br>電話番号（　　）　　－ | | |

下記の者に係る介護保険関係書類一切についての送付先を次のとおり変更したいので届け出をします。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏　名 | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| | | | 性　　別 | 男　・　女 |
| | 住　所 | | | |
| 変更理由<br>（○をつけてください） | | 1、一時的な居所の変更<br>2、施設入所・入院<br>3、本人管理困難<br>4、送付先設定の解除→送付先欄は空欄にしてください。<br>5、その他<br>（具体的に：　　） | | |

【送付先】下の □ にレ点（ ✔ ）をつけてください。

□ 届出人住所に送付先の変更を希望します。※(被保険者　様関係)と表示されます。

□ 下記住所に送付先の変更を希望します。（下記送付先住所欄に記入してください。）

□ あて名の変更を希望します。（下記あて名欄に記入してください。）

| | |
|---|---|
| 送付先<br>住　所 | 〒<br><br>（　　様方）<br>電話番号（　　）　　－ |
| あて名 | |