

認定結果通知書送付先変更届

平成 年 月 日

紀北広域連合長 尾上 壽一 様

事業所名 _____ (印)

申請者名 _____

下記の理由により、当該被保険者に関する介護保険関係書類の送付先変更をお願い致します。

申請日		平成	年	月	日				
被 保 険 者	被保険者番号								
	住 所	〒							
	氏 名						性 別	男 ・ 女	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和					年	月	日
	電話番号	()							
送 付 先	住 所	〒							
	氏 名								
	被保険者との続柄								
	電話番号	()							
送付先変更を必要とする理由									

※現在申請中のみ有効です。また、トラブル防止のためFAXでの受付はご遠慮させていただきます。

本人氏名及び確認印 _____ (印)