

## 介護保険関係書類（賦課・収納関係を除く）

### 送付先届出書

九重町長 様

次の送付先に関係書類を送付して下さい。この届出については、私が一切の責任を負うことに同意します。また、この届出内容に変更があった場合は、直ちに届出ます。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	Ⓜ	本人との関係
申請者住所	〒 電話番号	

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要  
\* 申請者が介護施設等の場合は施設の公印（社印）を押印してください。

被 保 険 者	被保険者番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
	フリガナ										
	被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性 別	男	・	女						
	住 所	〒 電話番号									

送付先の住所	〒 電話番号		
	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
宛名		本人との関係	
届出理由	1. 親族宛て    2. 施設入所    3. 居住地変更    4. その他（        ）		