

[別記様式1]

年 月 日

介護保険関係書類送付先変更届

(宛先) 河内長野市長

(申請者) 住所

氏名

(被保険者との関係)

電話 () -

介護保険関係書類の送付先の変更 (新規 ・ 変更 ・ 終了) について、
下記のとおり届け出ます。 ※上記(新規・変更・終了)より該当するものに○を付ける。

フリガナ		被保険者番号																			
被保険者 氏名		生年月日								年		月									日
住所	(〒 -)	電話番号	()																		-
送付先	(〒 -)	電話番号	()																		
変更期間																					
変更理由	※新規・変更の場合のみ記入。 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()																				

(※以下市記入欄)

【申請者確認書類】 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【被保険者確認書類 (代理人の申請による場合のみ記入)】 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 委任状			

受 付

受付	入力1 (システム)	入力2 (認定)	確認