

送付先変更届

みよし広域連合長 様

次のとおり介護保険にかかる書類の送付先の変更をお願いいたします。

届出年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

※届出人の本人確認をさせていただきます。
届出人が本人・家族・法定代理人以外の場合は、委任状が必要です。
(法定代理人による申請の場合は、登記事項証明書の写しが必要です。)

フリガナ		被保険者との続柄	
届出人氏名			
届出人住所	〒		
	電話番号		

フリガナ		被保険者番号															
被保険者氏名																	
生年月日	年		月	日													
変更前住所	〒																
	電話番号																
変更後住所	(※届出人の住所と同じ場合は記入不要) 〒																
	電話番号																

変更理由	
------	--

----- 以下記載不要（受付職員記入欄） -----

届出人 確認	顔写真有 1点	☐ 運転免許証	☐ マイナンバーカード（マイナ保険証）	☐ 旅券
	顔写真無 2点	☐ 身体障害者手帳 ☐ その他（ ）		
		資格確認書、資格情報のお知らせ等公共機関が発行したもの2点		
	顔写真無 1点	①（ ） ②（ ）		
		☐ 介護保険被保険者証		