

介護保険 送付先指定連絡票

被保険者

被保険者番号	0	0	0							
フリガナ							生年月日	明・大・昭		
氏名								年 月 日		
住所	〒									
	電話番号 ()									

送付先

フリガナ							被保険者との関係			
氏名										
住所	〒									
	電話番号 ()									
届出内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除									
	* 届出を行うにあたり 1 被保険者本人の申し出、もしくは了承を得ている。 2 本人の承諾を得ることが難しい場合、親族間での合意を得ている。									
変更期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
設定理由										

届出者

フリガナ							被保険者との関係			
氏名										
住所	〒									
	電話番号 ()									

区 処 理 欄	帳票管理区分							後期 有・無
	受給者	納付	給付	受付	入力	確認		

受付印

※変更、解除の際は必ず介護保険課に連絡するよう案内する。