

介護保険関係郵送物についての送付先申請書

野々市市長 宛

令和 年 月 日

申 請 者

〒 ー

住所 _____

氏名 _____

被保険者との続柄 (_____)

電話番号 () ー _____

被保険者本人（意思疎通が困難な場合は親族等）の同意のもと、郵送物の送付先の変更を申請します。

郵送を希望する送付先	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒 ー									
		電話番号 () ー									
申 請 理 由											
被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ							性別	男 ・ 女		
	氏 名										
	生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 年 月 日									
	住 所	〒 ー									

市記入欄

身元確認 (申請者)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 被保険者証(介・国・後・他) <input type="checkbox"/> その他()
---------------	--