

記入例

介護保険 書類送付先 適用・変更・終了届

会津美里町長

次のとおり書類の送付先（適用・変更・終了）について届け出ます。

*上記（適用・変更・終了）より該当するものに丸をつける

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 代理申請の場合はその方のお名前や住所を、 ご本人で申請される場合はご本人のお名前・ご住所をご記入ください。 電話番号		

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性別	男	・	女						
住所	〒 対象者のお名前などをご記入ください。 （届出人と住所が同じ場合は「同上」とご記入ください。） 電話番号										

送 付 先 情 報	送付先	〒 ご希望の送付先と宛名をご記入ください。 電話番号									
	送付先名称										

届出人の方の身分証の写しと合わせて申請くださいますようお願いいたします。