**介護保険　関係書類送付先　設定・変更・解除　届**

令和　　年　　月　　日

日　出　町　長　　殿

申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　続柄（　　）

住　所

|  |  |
| --- | --- |
| 被 保 険 者 番 号 |  |
| 氏　　　　　　 名 |  |
| 生　 年 　月　 日 |  |
| 送　 　付 　　先 | (〒　　　－　　　　)  方書 |
| □上記に送付先を設定・変更します。  □上記の送付先を解除します。 |
| 電　 話 　番 　号 |  |
| 備　　　　　　 考 | □介護保険料についても送付先変更します。 |