

通知書等送付先変更（解除）届

令和 年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

住所
届出者 氏名
電話番号
被保険者との関係

通知書等の送付先について、下記のとおり変更（解除）したいので届出します。

1 被保険者

被保険者番号											
被保険者氏名							生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所											

2 変更先

住所	〒 ー									
フリガナ 氏名										
電話番号										
変更年月日	年 月 日～					年 月 日				
変更理由										

3 解除

情報提供の同意欄（記入任意）

災害時、行方不明時等における生命の保護、また介護保険サービスの円滑な提供等を目的として、関係機関（警察、消防、病院、介護保険事業所、地域包括支援センター等）に上記情報を提供することに同意します。

本人又は代理人の署名

--

【高齢者支援課記入欄】

担当係	帳票管理区分	変更の有無	処理確認印	受付担当印
介護保険係	給付実績管理			
	納付管理			
介護支援係	受給者管理			