介護保険関係各種通知等送付先変更届

　　年　　月　　日

西原村長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 届出人 | 氏名 | 続柄 |
| 連絡先 | （　　　　）　　　　― |

　下記の項目について送付先を変更しますので届け出ます。

記

※送付項目にチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付項目 | □資格関係通知等　　□介護保険料関係通知等　　□給付関係通知等 |
| 送付先住所 | 〒　　　　―連絡先（TEL　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 送付先氏名 |  |

備考欄

|  |
| --- |
| 介護保険関係以外に送付先を変更したい場合は記入してください。□国民健康保険関係通知等　　□住民税関係通知等　　□固定資産税関係通知等□軽自動車税関係通知等□その他送付先を変更したい通知（担当課名：　　　　　　　　通知の名称：　　　　　　　　　　　　　　　） |