

送 付 先 変 更 届

八百津町長 様

次のとおり介護保険に係る関係通知の送付先変更の依頼をします。

届出者	〒	住 所
		フリガナ
		氏 名
		対象者との続柄
		電 話

【対象者】		(届出日)	年	月	日
被保険者氏名		被保険者番号	050000		
被保険者住所	〒				
電話番号					

※ 介護保険以外に送付先変更を届出する項目があれば下記に ○ を付けてください。

固定 資産税	町県 民税	国民健康 保険税	軽自動 車税	後期 高齢者	福祉 医療	水道
-----------	----------	-------------	-----------	-----------	----------	----

【希望する送付先】					
住 所	〒				
フリガナ			被保険者との続柄		
氏 名					
電話番号					

役 場 処 理 欄	介護保険	固定 資産税	町県 民税	国民健康 保険税	軽自動 車税	後期 高齢者	福祉 医療	水道