

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) 平成 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