

## 介護保険 送付先（ 指定・変更・廃止 ） 申請書

被 保 険 者	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭                      年                      月                      日
	住 所	〒                      -  電話番号（                      ）                      -
廃止の時 <input checked="" type="checkbox"/> → 変更の時 <input checked="" type="checkbox"/> →  送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先を廃止し、被保険者の現住所に戻す。 <input type="checkbox"/> 既に指定されている送付先を新しい送付先に変更する。  〒                      -  電話番号（                      ）                      -	
フリガナ		
受取人氏名		
被保険者との関係		
申請理由		

上記のとおり被保険者の介護保険料納入通知書等の送付先の（ 指定・変更・廃止 ）申請します。

送付先の申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・この申請に関するすべての責は申請者により負い、問題が生じた際は当方で解決し市には迷惑をかけません。

犬 山 市 長

令和                      年                      月                      日

（ 申請者 ） 住 所                      送付先住所と同じ

氏 名

被保険者との関係

電話番号（                      ）                      -