年　　月　　日

宛名管理申請書

利根町福祉課長　様

下記のとおり，介護保険関係書類の通知先を変更したく申請します。

○対象者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　　所 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 被保険者番号 | ０ ０ ０ ０  |

●変更する宛先等情報

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |

＜届出人＞　住　所

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　ＴＥＬ

　　　　対象者との関係