

介護保険 送付先 変更・変更解除申請書

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
現住所	〒 —		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す 〒 —		
方書			
郵便物受取人			
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () —		
申請理由			

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、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。
- ・ 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、岩倉市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・ この申請に関するすべての責は申請者により負います。

岩倉市長 殿

令和 年 月 日

申請者 住所
 (記入者)
 氏名
 (被保険者との続柄)

電話 () —

※この申請書は、介護保険のみの送付先変更になります。

国民健康保険、後期高齢者医療及び医療費助成の送付先変更は1階市民窓口課で、市民税等に関する送付先変更は2階税務課で別途申請が必要になります。