

介護保険にかかる書類の送付先届

鏡野町長 様

令和 年 月 日

届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒 電話番号 () —		

次のとおり介護保険にかかる書類の送付先を届出します。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号 () —		
送 付 先	住 所	〒 電話番号 () —		
	氏 名		被保険者との関係	
届出の理由 ※該当に○を付けてください		1 施設入所のため () 2 認知症により管理が困難 3 独居のため 4 その他 ()		
本人の氏名を非表示にする ☐ (必要な場合はレを記入してください)				

介護保険にかかる書類の送付先届について、上記のとおり同意します。

被保険者氏名 _____

(届出人が被保険者本人の場合は、被保険者氏名・印は不要)

鏡野町 処理欄

処 理 内 容	処理日	備考	決 済 伺	課長	課長補佐	係
公社・アクセス入力						
介護システム入力						