（介護保険法施行規則　第30条関係）

送付先変更届　（　介護保険関係通知　）

長与町長　様
　次のとおり届出します。

		届出年月日	年　　月　　日
届出者氏名		本人との関係	
住所	〒　　－ □　この変更届について本人または家族の了承は得ており、不都合は生じないことを申し立てます。	電話番号	－　　－

被保険者番号		個人番号	
（フリガナ） 被保険者氏名		生年月日	年　　月　　日
		性別	男　・　女
住所	〒　　－	電話番号	－　　－

送付先	〒　　－　　電話番号　　－　　－ （　　）様方
変更の理由	

委任状　（　届出者が家族以外の場合　）

送付先変更の手続きを上記の届出者に委任します。

被保険者氏名	
住所	

（　市町村確認欄　）

□　本人確認　（　介護保険被保険者証　・　後期高齢者医療被保険者証　・　免許証　・　その他　　）

□　代理人確認　（　介護保険被保険者証　・　後期高齢者医療被保険者証　・　免許証　・　その他　　）

※　代理人の場合は、確認書類（写）を添付すること。