**介護保険帳票送付先変更申請書**

令和　　年　　月　　日

大津町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

申請者　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり、介護保険の帳票送付先について変更をお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明治大正　　年　　月　　日昭和 |
| 被保険者住所 | 大津町 |

**送付先情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 帳票管理区分 | すべて・認定関係・納付関係・受給関係・給付実績関係 |
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　- |
| 電話番号 |  |
| 送付先が被保険者以外の場合、被保険者からみた続柄 |  |
| 備考（設定理由） |  |

※問い合わせ先　大津町役場健康福祉部介護保険課介護保険係

電話　０９６－２９３－３５１１（直通）