

送 付 先 届

年 月 日

磯城郡川西町長 様

申請者 住所

氏名

被保険者番号									
被保険者氏名									
生 年 月 日	年			月			日		
【被保険者住所】									
〒 ー									
電話番号 ー									

次のとおり介護保険に係る書類の送付先を届出します。

届 出 区 分	新規	変更	一部変更	削除
業 務 区 分	収納	給付	認定	その他通知
住 所	〒			
方 書				
送 付 先 電 話 番 号	ー			
被 保 険 者 と の 関 係				
届 出 理 由				

事 務 使 用 欄	本人確認書類	()
	その他備考	()

登録確認

--