

介護保険関係文書送付先申込書

(太線内をご記入下さい。)

上 山 市 長 様

介護保険に関する書類の送付先を、次のとおり設定して下さるよう申込みます。

		申請年月日	年	月	日
申請者	氏 名				
	住 所	〒			
		電話番号			
被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	〒			
		電話番号			
送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <small>※送付先が申請者と同じ場合は、チェックをつけてください。その場合、下記に記入する必要はありません。</small>				
	氏 名			被保険者との関係	
	住 所	〒			
		電話番号			
<input type="checkbox"/> 保 険 料 <input type="checkbox"/> 資 格 ・ 給 付 ・ 受 給 関 係 <input type="checkbox"/> 全 て					

受付者	受付方法	備 考
	<input type="checkbox"/> 窓 口 <input type="checkbox"/> 電 話 <input type="checkbox"/> その他 ()	