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くださるよう申込みます。

			申請年月日	年　　月　　日
申請者	氏　　名		被保険者との関係	
	住　　所	〒 電話番号		
被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏　　名			
	住　　所	〒 電話番号		
送付先	□ 申請者と同じ ※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。			
	氏　　名		被保険者との関係	
	住　　所	〒 電話番号		
□ 資格・給付・受給関係				

受付者	受付方法	備　　考
	□ 窓　口　　□ 電　話 □ その他（　　）	