

課長	リーダー	サブリーダー	係

介護保険送付先届

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号	5	2	9	0	0				
被 保 険 者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日			
	住所	大島郡喜界町大字							
	電話番号								

各種通知に関する送付先を次の住所としますので届けます。

区分	送付先								
<input type="checkbox"/> 資格	郵便番号	〒				—			
<input type="checkbox"/> 賦課	住所	県			市			(都・道・府) (区・郡)	
<input type="checkbox"/> 収納	宛名 (方書)	様方				被保険者との関係			
<input type="checkbox"/> 給付	電話番号	()	—						
	送付先 変更期間	年		月	日	以降送付分			
		ただし、		年	月	日	送付分まで		

区分の該当する□に✓をつけてください。

喜界町長 殿

年 月 日

申請者氏名
(被保険者)
