

送付先変更届

(あて先) 佐賀中部広域連合長

佐賀中部広域連合から送付される介護保険関係文書の送付先について、次のとおり届け出ます。

① 届出人 (本人・親族・成年後見人)	(フリガナ) 氏名		印
	住所	〒	電話番号
	被保険者との関係	本人・親族()・成年後見人	

※成年後見人の場合は、成年後見人であることを証明する書類の写しを添付してください。

② どなたの文書を変更 しますか	被保険者番号									
	(フリガナ) 氏名									
	生年月日	明・大・昭・西暦	年	月	日					
	性別	男・女								
	変更の理由 ※該当に○	1. 一時的な住所の変更 2. 本人管理困難 3. その他(死亡 平・令 年 月 日)								

③ どこに送りますか	変更内容 ※該当に○	1. ①の届出人住所に送る。 2. 現在の送付先から被保険者の住民登録のある住所に戻す。 3. 1と2以外の住所に送る。 ※3の場合のみ、以降の項目を記入してください。							
	送付先住所	〒	電話番号						
	(フリガナ) 宛名								
	被保険者との関係	本人・親族()・成年後見人・その他()							

※送付先住所が変更になりましたら、その都度佐賀中部広域連合に届け出てください。

※成年後見人の場合は、成年後見人であることを証明する書類の写しを添付してください。

(①の届出人以外が本届を提出される場合に記入)

④ 届出人の代理人	(フリガナ) 氏名		印
	住所	〒	電話番号
	届出人または 被保険者との関係		

(佐賀中部広域連合使用欄)

受付日	年 月 日	受付		入力		備考	
-----	-------	----	--	----	--	----	--