

介護認定・給付・資格管理関係書類送付先変更申請書

年 月 日

米沢市長 あて

住 所

申請者名

電話番号

下記被保険者に係る介護認定・給付・資格管理関係書類について、下記に記載した理由により、送付先の変更を申請いたします。

なお、当該送付先変更に係る申請については、被保険者の了承を得ております。

被保険者	住所	〒		
	ふりがな 氏名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	電話			
	被保険者番号			
希望送付先	住所	〒		
	ふりがな 氏名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	電話			
	被保険者との 関係			
送付先の変更 を必要とする 理由				