介 護 保 険　　送 付 先 変 更 届

被保険者番号		３００００	被保険者氏名	
送付先	変更前受取者	〒　　－ （住　　所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （氏　　名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （電話番号）＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿		
	変更後受取者	〒　　－ （住　　所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （氏　　名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （電話番号）＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿		

能勢町長

上記のとおり介護保険に関する通知の送付先の変更を希望しますので、届け出ます。

年　　月　　日

届出者　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

被保険者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※届出には、届出人の本人確認書類の提示（運転免許証、健康保険証等）が必要です。

※申請者が成年後見人、保佐人、補助人の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

※再度送付先を変更・終了する場合は、速やかに届け出てください。

※この変更届は、介護保険に関する通知の送付先変更となります。介護保険以外の通知について変更を希望される場合、別途手続きが必要となります。

【 能勢町記入欄 】

受　付	届　　出　　者	処理者 印	備　考
	□ 本人 □ 家族（本人との関係：　　） □ 担当居宅介護支援事業所 □ その他（　　）		