課長	副課長	係長	係		
			給付	確認③	入力②
			認定	確認④	受付①

介護保険にかかる結果通知書等送付先変更届

伊万里市長　様

介護保険にかかる通知等送付先住所を次のように変更希望しますのでお届けします。

申請年月日	年　月　日

送付希望先	住　所	〒 ［施設名　　］	電話番号	
	氏　名	様方　［本人との関係　　］ ※宛名は被保険者本人となります。		
被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		
変更の理由		1　施設入所　2　入院　3　その他（　　）		

私は下記の者を代理人と定め、届出書の提出を委任します。

（委任者氏名）

（代理人氏名）　［本人との関係　　］

（住　所）

申請内容の確認等のために住民基本台帳法に基づく住民票等を調査されることを承諾します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・介護支援専門員証・その他（　　）