

帯広市長 様

## 送付先変更依頼申出書

介護保険に係る文書等の送付先について、下記のとおり変更を依頼します。  
なお、市役所関係部署への情報提供に同意します。

## 被保険者（本人）

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
住民票住所	〒  電話（ ） —		

## 送付先（家族・相続人等）

※実際に送付する宛先です

氏名	<input type="checkbox"/> 本人氏名を宛先氏名とする (送付先氏名は方書となります)		
被保険者との関係	配偶者・子・嫁・その他（ ） 相続人（被保険者が死亡している場合）		
住所	〒  電話（ ） —		

## 届出人（被保険者及び送付先氏名と異なる場合のみ記入してください）

氏名			
被保険者との関係	配偶者・子・嫁・その他（ ）		
住所	〒  電話（ ） —		

備考			
----	--	--	--

※住民票に異動があった場合でも、本送付先が優先されます。送付先変更を取り止めたときは、改めて申し出てください。