

# 介護保険関係書類 送付先変更解除届

令和 年 月 日

(あて先) 奈良市長

介護保険関係書類の送付先変更について届けておりましたことについて、下記の理由により解除していただきたく依頼します。

【申請者】  ←被保険者本人の場合は左の□に✓をつけることで、氏名以外の記入は省略できます。

住所	〒		
氏名	※申請者の自署でない場合、氏名の横に押印が必要です。		
電話番号	— —	被保険者 との続柄	

【被保険者】

住所	〒		
氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
電話番号	— —	被保険者番号	0 0 0

【送付先として指定している住所】  ←申請者の住所と同じ場合は左の□に✓をつけてください。

住所	〒		
電話番号	— —	被保険者 との続柄	様方

【解除理由】

<input type="checkbox"/> 送付先変更が不要となったため
<input type="checkbox"/> 送付先として指定する住所を変更するため
<input type="checkbox"/> その他 ( )

送付先 利用区分	<input type="checkbox"/> 介護共通 <input type="checkbox"/> 資格記録 <input type="checkbox"/> 給付実績	受 付 欄
	<input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 汎用台帳	
処理日	<input type="checkbox"/> 徴収管理更新有 <input type="checkbox"/> 徴収管理更新無	
	令和 年 月 日 (入力： / 確認： )	