



介護保険関係書類送付先(変更)届

年 月 日

伊達市長 様

住 所(所在地) _____
【届出人】氏 名(名 称) _____
電 話 番 号 ()

介護保険関係書類について、被保険者の都合上、下記住所地に書類等を送付してください。
なお、万一紛争が生じた場合は、私共が責任をもって対処いたします。

被保険者番号	
被保険者住所	〒
被保険者氏名	

現在届出されている住所	住 所 (所在地)	〒 電話 ()		
	フリガナ			
	氏 名 (名 称)		被保険者 との続柄	

送付して欲しい住所	住 所 (所在地)	〒 電話 ()		
	フリガナ			
	氏 名 (名 称)		被保険者 との続柄	

【 備 考 欄 】
