

介護保険送付先届

檜原村長 様

令和 年 月 日

以下のとおり、介護保険関係書類の送付先を届出します。

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	住 所	〒 電話番号		

届 出 者	住 所	〒 電話番号		
	フリガナ			
送 付 先	氏 名	本人との続柄 ()		
	住 所	※成年後見人等に送付先を設定する場合は、証明する書類を添付してください。 〒 電話番号		
	フリガナ			
	氏 名	本人との続柄 ()		

理 由	1 病気などにより療養先にいるため 2 施設に入所しているため 3 被保険者に管理能力なし(例:認知症等) () 4 その他 (理由:)
--------	---