

宛先変更（終了）依頼書

(介護保険課共通)

受付印

事由： 変更 ・ 終了 (どちらかへ○)

被保険者番号

本人住所

本人氏名

つくば市介護保険課から上記の者に発送される書類に関して、下記へ送付することを依頼します。

記

変更送付先	
〒	
住所	電話番号
氏名	本人との続柄

宛先変更が必要な事由：	

なお、申請に当たっては必ず申請者本人の確認資料(運転免許証・マイナンバーカード等のコピー)を添付してください。※裏面に現住所が記載されている場合には、両面をコピーして添付してください。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

【市記入欄】

取扱者	入力状況	受理状況	本人確認
	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()