

広域受付印

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	0	0																
生年月日	明・大・昭 年 月 日																			
住所	〒 電話番号 ()																			

介護保険料納入通知書等送付先に関する届出書

北アルプス広域連合長 様			
上記被保険者の介護保険料納入通知書等については、下記の者に送付してください。 なお、送付先に変更のあった場合は、速やかに貴広域連合に届け出ます。			
年 月 日			
住所 _____			
申請者 _____			
氏名 _____			
被保険者との関係 _____ 電話番号 () _____			
フリガナ 送付先の氏名	-----	被保険者との関係	
送付先の住所	〒		
送付先の電話番号			
送付先変更の理由			