

介護保険通知郵送先宛名転送廃止届出書

被保険者		被保険者 番号	
ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏 名			
廃止する転送先	〒		

令和 年 月 日

北広島町長 様

介護保険に係る書類の転送を廃止するよう申請します。

申請者（被保険者との関係）

名前 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_