

令和 年 月 日

介護保険関係通知送付先届出書の取下げ

潮来市長 様

私の介護保険関係通知送付先の届け出を取り下げます。今後は、住民登録がある住所地へ送付してください。

フリガナ		
被保険者名 (届出者)	(印)	
住 所	〒	
被保険者番号	0 0 0	介護保険の被保険者番号を記入してください。
電話番号		日中連絡がとれる連絡先を記入してください。

【留意事項】

1. 取下げ前に処理した通知書等について、宛名が本人名で表示されない場合がありますがご了承ください。

【届出先】 潮来市市民福祉部高齢福祉課 茨城県潮来市辻626番地 0299-63-1111 (代)