

介護保険別送先取消申込書

年 月 日

大網白里市長 様

被保険者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____
 代 理 人 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____
 被保険者との関係 _____

私は、下記のとおり申し込みをした別送先について取り消します。

記

別 送 先

〒

住 所 _____
 フリガナ _____
 氏 名 _____
 電 話 _____ 被保険者との関係 _____

市 処 理 欄	受 付 印		被保険者番号					
			別送先個人番号					
			処理完了日		管 理	年 月 日		
					認 定	年 月 日	高 額	年 月 日
	決 裁	課 長	副課長	班 長	班 員			担 当