介護・総合事業給付費通知書　送付希望申出書

<table>
<tr><td colspan="4">対象者（介護・総合事業の給付を受けている方）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フリガナ

氏　名</td><td rowspan="2"></td><td>介護保険被保険者番号</td><td>0 0 0 0</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>明・大・昭　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
</table>

※送付先はご本人様、または送付先が登録されている場合は登録済みの宛先になります

燕 市 長　殿

上記の者について、介護・総合事業給付費通知書の送付を希望します。

令和　　年　　月　　日

住　所

（申請書を記入される方）

申 請 者　　氏　名　　対象者との続柄（　　）

電　話