

高齢者福祉サービス関係書類送付先変更届出書

年 月 日

燕 市 長 様

高齢者福祉サービスに係る書類について、下記のとおり送付先の変更を届け出ます。

住所

届出人 氏名

電話 - -

(対象者との続柄)

対象者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	氏名					
	住所	〒 - 電話番号 - -				

送付先	宛先	〒 - 都道府県 市区町村 電話番号 - -		
	宛名	対象者との続柄		

※成年後見人等に送付先を変更する場合には、**登記事項証明書**の写しを添付してください。

変更希望書類 ※該当する項目にチェック☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 徘徊探知システム <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用者負担軽減 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス <input type="checkbox"/> 在宅介護手当 <input type="checkbox"/> 生活支援短期入所 <input type="checkbox"/> 振替口座 <input type="checkbox"/> その他 ()
変更理由 ※該当する項目にチェック☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 入院・入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 成年後見人等のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 (理由:)