認定更新案内書類の代理受領届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

日南市長寿課長　様

　　　　　　　　　　　　　介護保険事業者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　年　　　月末日が要介護等認定の有効期限となっている下記の方について、

本人等の了承を得ていますので、更新案内にかかる書類を代理受領することを届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　　名 | 被保険者番号 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |