

宜野湾市介護保険宛名管理登録申請書

令和 年 月 日

宜野湾市長 殿

申請者(近親者以外は委任状の添付を要する。)

住所 〒		
氏名	印	電話番号
被保険者との続柄		

宜野湾市介護保険に関する郵便物を、下記の指定する住所へ送付するよう申請します。

※ 太枠は、記入しないでください。

記

被送付者

住民票上の住所			
被保険者氏名		電話番号	
個人番号		被保番号	

送付先

〒	
電話番号	様方

理由

--

宛名管理入力チェック表						
	MCWEL介護		ACRO介護		ACRO福祉	
	日付	印	日付	印	日付	印
入力						
確認						

受付