

鹿児島県内事業所→鹿児島県国保連合会

## 事業所情報登録内容変更書類送付依頼書

記入日 令和 年 月 日

開設者 住所

氏名

印

事業所番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

貴会に登録されている事業所情報の内、下記情報について変更をしたいので、関係書類をお送りください。

- 事業所名称
- 事業所所在地
- 電話番号
- FAX番号
- 請求者
- 請求媒体
- 介護給付費の振込口座（令和 年 月末振込～変更）
- その他（ ）

※変更したい項目にチェックをつけること。

<p>【送付先】 鹿児島県国保連合会 介護保険課 TEL：099-206-1084・1091 FAX：099-250-4307</p>
---