

介護保険関係書類送付先変更届【 設定 ・ 解除 】

年 月 日

小美玉市長 あて

| | | | | |
|-----|------|-------------|----------|--|
| 申請者 | フリガナ | | 電話番号 | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・大正 年 月 日 | 被保険者との関係 | |
| | 住所 | 〒 | | |

当該被保険者に対する被保険者証等については、下記の理由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先の変更を申請します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者又はその関係者、並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

また、今回申請した送付先が変更になった場合は、速やかに介護福祉課へ届け出ます。

上記の送付先変更に関する注意事項に同意します。

| | |
|------|--|
| 申請理由 | 1 本人管理困難 2 病院・施設等への入院・入所など 3 成年後見人・保佐人等の認定 4 その他() 5 送付先変更の解除 |
|------|--|

| | | | | |
|------|------|-------------|--------|--|
| 被保険者 | フリガナ | | 被保険者番号 | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・大正 年 月 日 | | |
| | 住所 | 〒 | | |

| | | | | |
|-----|--------------------------|---|----------|--|
| 送付先 | <input type="checkbox"/> | 申請者と送付先が同じである場合は <input checked="" type="checkbox"/> をし、下記の記入は不要です。 | | |
| | フリガナ | 電話番号 | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・大正 年 月 日 | 被保険者との関係 | |
| | 住所 | 〒 | | |

送付先から転出や転居をしたり、名宛人を変更したりする場合は必ず届出てください
(届出が無い場合は書類が届かず送付先を取り消す場合があります)

送付変更希望書類

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 給付・認定関係書類(例:給付費支給決定通知書・要介護認定関係通知書等) |
| <input type="checkbox"/> | 介護保険料関係書類(例:介護保険料納入通知書等) |

≪市処理欄≫

| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 | 処理日 | 受付 | 備考 |
|----|----|----|---|-----|----|----|
| | | | | | | |