

介護保険関係書類送付先変更届【 **設定** ・ 解除 】

年 月 日

理由に応じた必要書類と、申請者の本人
確認書類を添えて申請してください
申請者と送付先が同じときは1つで可

送付先を解除する時は「解除」を囲み
申請理由の5を選択します

申請者	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。

内容をよく読み☑を付けてください

申請理由	1 本人管理困難	申請理由を○で囲みます 4の場合はその理由を具体的に記載してください
	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☑をし、下記の記入は不要です。	
	フリガナ	申請者と送付先が同じときは ☑を付けてください	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)

変更したいものに☑を付けてください
各種通知書を個別に設定することはできません

送付変更希望

<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