

介護保険関係書類送付先変更届【 設定 ・ 解除 】

令和 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	平成・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	平成・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