

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	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。

内容をよく読み囲を付けてください

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	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 (住所変更等により一度申請した送付先が変更になる場合はその旨こちらに記入してください)
------	--	--

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		電話番号
	氏名	☑を付けてください		
	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戻らば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