

介護保険関係の通知等送付先変更申請書

大野城市長 宛

次の通り、介護保険にかかる関係書類の送付先について、住民票住所地ではなく、下記住所に変更するよう申請します。
 なお、送付先を変更する必要がなくなった場合、速やかに解除の申し出を行います。

【申請日】 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号												
	住 所												
	氏 名												
	生年月日	大	・	昭	年	月	日						
	添付の本人確認書類(写し)	<input type="checkbox"/> 介護保険証各証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他() ※委任欄記載有の場合、不要											
送 付 先	住 所	〒 -											
		【マンション名・法人名等】											
	フリガナ												
	氏名等 (最大18文字)												
		※「氏名等」は18字を超えると帳票等に表示できません。法人の名称や肩書(〇〇成年後見人)は「マンション名・法人名等」に記入してください。											
	電話番号							被保険者との続柄					
住所が確認できる添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() ※申請者住所と送付先住所が異なる場合のみ添付												
申 請 者	住 所	<input type="checkbox"/> 送付先と同じ											
	氏 名												
	電話番号							被保険者との続柄					
	添付の本人確認書類(写し)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() ※原則顔写真付のもの											
変更理由	<input type="checkbox"/> 書類管理困難 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 送付先解除												

[委任欄] 私は、この介護保険関係の通知等送付先変更申請について、上記申請者に委任します。

本人署名欄

【職員使用欄】

受付印	受付者	入力日	入力者