

# 介護保険関係の通知等送付先変更申請書

大野城市長 様

下記の事情により、介護保険関係通知の送付先変更を次のとおり申請します。

【申請日】 年 月 日

被保険者番号	
被保険者住所	【住所】(〒 - ) 【TEL】
被保険者氏名	【生年月日】 明・大・昭 年 月 日
送付変更先の住所	【住所】(〒 - ) 【TEL】
フリガナ	【フリガナ】
氏名	【氏名】 【続柄】
申請者の住所	【住所】(〒 - ) 【TEL】
氏名	【氏名】 【続柄】

送付先変更(解除)理由又は住民票を異動できない理由

・送付先変更を解除される場合も、必ず申請書を提出してください。

## 【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】

- ・本人確認書類 ※委任欄記載有の場合不要  
介護保険証各証 運転免許証 医療保険証 委任状 マイナンバーカード  
その他( )
- ・申請者確認書類 ※原則顔写真付のもの  
運転免許証 医療保険証 マイナンバーカード その他( )

受付日	受付者	入力日	入力者