

介護保険に係る送付先変更依頼書（新規・変更・終了）

本宮市長 様

令和 年 月 日

※申請者は身分証明書（写）を、成年後見人は登記している証明書を添付してください。

ふりがな 申請者氏名 (窓口に来られた方)	(続柄)
申請者住所	〒 — 電話 — —

下記の被保険者に関する介護保険の書類を下記の送付先に送付してください。

【被保険者】

被保険者番号		生年月日	M. T. S 年 月 日
ふりがな 被保険者氏名			
住所	〒 —		

【送付先変更内容】

<input type="checkbox"/> 申請者の住所に送付先を変更してください。	
<input type="checkbox"/> 下記住所に送付先を変更してください。	
送付先住所	〒 — 電話 — —
ふりがな 送付先氏名	(続柄)
<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除してください。(被保険者の住民登録地に送付先を戻す)	

変更を要する書類 (希望箇所にチェック)	<input type="checkbox"/> 受給者情報 (被保険者証、負担割合証、要介護認定結果通知 等) <input type="checkbox"/> 給付実績情報 (高額介護サービス費、給付実績通知書 等) <input type="checkbox"/> 納付情報 (保険料決定通知、納入通知書 等)
-------------------------	--

【変更理由】

1 被保険者が住民登録地と異なる住所に居住（入院）しているため 2 被保険者本人が書類を紛失してしまうため 3 送付先変更の必要がなくなったため 4 その他 ()
