

介護保険資格・給付関係書類送付先（変更）申請書

都留市長 様

次のとおり、介護保険に関する諸通知（介護保険料に関するものを除く）の送付先の変更を申請いたします。
 なお、この申請により被保険者に不利益が生じた場合には申請者がその責を負います。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
住 所 (住民登録地)	〒 _____ 電話番号 ()			

送 付 先 ・ 変 更 理 由 等	フリガナ		被 保 険 者 と の 関 係	
	氏 名			
	送 付 先 住 所 (肩書きまで詳しく)	〒 _____ 電話番号 ()		
変 更 理 由 (※右の1～4の中 から該当する番号 に○印を記入)	1. 本人が書類の管理ができないため 2. 住民票の所在地に居住していないため 3. 施設に入所しているため 4. その他 ()			

申 請 者	フリガナ		被 保 険 者 と の 関 係	
	申 請 者 氏 名			
	申 請 者 住 所 (肩書きまで詳しく)	〒 _____ 電話番号 ()		

※申請者が送付先の氏名と同じ場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。
 ※親族以外の方が申請される場合、本申請書以外に被保険者署名のある委任状の添付が必要となります。

主管課決裁欄				システム処理		
課長	補佐	リーダー	担当	送付先入力	宛名統合	特記事項