

# 介護保険関連通知送付先変更依頼書

(あて先) 高齢介護グループ課長

次のとおり、介護保険に関する諸通知の送付先の変更を依頼いたします。なお、この内容に変更があった場合には、直ちに届け出いたします。

		申請年月日	平成	年	月	日
提出者 (窓口に来た方) 氏名		本人との関係				
提出者住所  提出者が本人の場合は 記載不要	〒					電話番号

被 保 険 者	被保険者番号		不明な場合は記載不要		
	フリガナ			生年月日	
	氏名			明 大 昭 年 月 日	
	住所	〒			
		電話番号			

変 更 理 由	1 介護保険料は送付先に記載した者が支払うこととなっているため 2 一時的に住民登録地と異なる住所に居住(入院・入所)しており、通知が届かないため 3 被保険者本人が郵便物等を紛失するため 4 成年後見人等が選任されたため 5 その他				
	(具体的に)				
変更期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 内容変更があるまで				

送 付 先	住所	〒			
	宛名			電話番号	本人との関係

※担当課記入欄

確認者	受付	入力	特記事項

※介護保険担当 確認欄

受付方法		
1 窓口受付	2 郵送受付	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書	<input type="checkbox"/> 医療受給者証
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 社員（職員）証
	<input type="checkbox"/> 法律等の規定による官公署等発行のもの （	）
	<input type="checkbox"/> その他（通常本人しか持ちえないと考えられるもの）	