

介護保険関係書類 送付先変更申請書

年 月 日

勝央町長 様

次の送付先に関係書類を送付していただきたいので、申請します。なお、この申請にあたり、関係者への説明は私が責任をもって行いますので、貴町に一切ご迷惑はおかけしません。

申請者	住所		窓口に来られた方 (申請者以外)	
	フリガナ			
	氏名	⑤	住所	
	電話	() -	氏名	
	被保険者との続柄		電話	

被保険者番号		被保険者の 同意の押印		⑤
被保険者住所		電話番号() -		
フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日
被保険者氏名				
(新規 設定・ 変更・ 解除) 送付先	宛 先	〒 - 都道府県		
		【方書】		
	フリガナ	【被保険者との続柄】		
	宛 名	☐ 申請者と同じ ☐ その他()		
	電 話	☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ 携帯 ☐ ()		
変更理由	☐ 入院のため ☐ 判断力低下のため ☐ 同居親族がいらない ☐ 施設入所のため ☐ 郵便局対応ができないため ☐ 住民異動届ができない ☐ 必要なくなったため ☐ 成年後見人・保佐人・補助人 ☐ その他 ※理由()			
変更希望の類	☐ 賦課関係(保険料決定(納入)通知書等) ☐ 認定関係(要介護認定結果通知) ☐ 受給者関係(負担限度額認定証、負担割合証) ☐ 給付関係(住宅改修費・福祉用具購入費支給決定通知書、高額介護サービス費支給決定通知書等) <u>※以下、健康福祉部以外の業務に係る送付先</u> ☐ 税関係(住民税、固定資産税、国民健康保険税、軽自動車税等) ☐ 国保等医療関係 ☐ 後期高齢者医療関係 ☐ 手数料関係(水道料等)			
変更期限	年 月 日 から		☐ 期限なし ☐ 年 月 日 まで	

以下勝央町記入欄

申請者・窓口に来られた方の本人確認		受付印	入力・報告確認	
書類名	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 個人番号カード ☐ 事業所身分証 ☐ 他 ()		☐ 宛名管理 ☐ 所管部署報告 (変更希望の書類欄において、「税関係」「手数料関係」にチェックがされている際に確認)	
番号	※個人番号を転記しないこと		入力報告者・印	