

# 介護保険 各種文書送付先変更申請書

みやま市長 宛

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
被 保 険 者	被保険者番号					
	氏名					
	住所					
		生年月日	明・大・昭	年	月	日
		電話番号				

\* 申請者が被保険者以外の場合は記載してください。

申 請 者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒	-			
		被保険者との関係				
		電話番号				

\* 送付先変更をする文書の番号に○をつけてください。

書 類 種 別	①	要介護認定関係（認定結果通知、介護保険被保険者証、減額認定通知等）
	②	介護保険料関係（保険料の納付書、納入通知等）
	③	保険給付関係（高額介護費のお知らせ・支給決定、住宅改修・福祉用具承認・支給決定等）

\* 番号に○をつけて記入してください。

変 更 先	① 申請者住所へ送付してください					
	② 下記の住所へ送付してください					
	フリガナ				被保険者との関係	
	送付先氏名				電話番号	
	送付先住所	〒	-			
③ 被保険者住所へ送付してください（解除）						

\* 期間の指定がある場合は記載してください。

開始日	年	月	日	終了日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

**注意事項**

- ※ 本申請書提出前に発送準備していた文書等は変更できませんので、ご了承ください。
- ※ 変更先の欄の1、2に記入された場合は、送付先を変更するときには再び届出をしてください。
- ※ 変更先の欄の3に○をつけた場合は、被保険者の住所が変更されたら送付先も変わります。

（事務使用欄）

申請者本人確認	代理権確認（代理の場合）	受付	入力	確認
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> （                    ）	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> （                    ）			