

介護保険関係書類等の送付先変更申請書

川西市長 あて

次のとおり、介護保険関係書類の送付先の変更を（新規申請・変更申請・解除）します。

申請日	年 月 日		
申請者	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請者住所	〒 -	電話番号	- -

フリガナ	被保険者番号		
被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日

現住所 (住民票住所)			
----------------	--	--	--

現在の送付先住所	※現住所と異なる場合記入	フリガナ
		様方

変更後の送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -	フリガナ
		様方

※送付先が施設の場合は、住民票を変更しない理由を、下記の「その他」欄に具体的に記入してください

送付先変更の理由	<input type="checkbox"/> 書類管理ができないため親族が管理を行う <input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 法定代理人が書類管理を行うため※登記事項証明証明書等が必要です <input type="checkbox"/> その他（ ）
----------	---

同意書

上記の内容について同意するとともに、申請者以外からの異議の申し出があったときは、私（被保険者）の責任において解決し、貴市には一切迷惑をかけないことを誓約します。
また、郵便物が返戻などになった場合等は、送付先の変更を解除されても異存ありません。

被保険者名： _____

※被保険者本人が同意欄に記入できない場合

被保険者本人が傷病等により記入不能なため、

私（申請者） _____ が代筆しました。

本書は本人の意思確認により申請者が記入したものであり、内容に相違が無いことを誓約します。

注意事項

申請には①申請者、②被保険者本人 それぞれの本人確認書類（介護保険被保険者証、運転免許証、マイナンバーカード等）の提示が必要です。

※郵送での申請の場合は、上記の本人確認書類のコピー（マイナンバーカードの個人番号部分は不要）を同封してください。（申請者が成年後見人等の場合は、登記事項証明書が別途必要です）

【職員記入欄】		
受付	入力	確認

【職員記入欄】 本人確認			
被保険者	<input type="checkbox"/> 介・国・後証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他（ ）
申請者	<input type="checkbox"/> 運転	<input type="checkbox"/> 介・国・後・社証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）