

介護保険 関係書類送付先変更（終了） 申出書

矢巾町長 様

次のとおり送付先の変更（終了）を申出します。

	申 請 年 月 日	令 和 年 月 日
フリガナ	本人との関係	
申請者氏名		
申請者住所	〒..... -	
	電話番号() -	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号										
	個 人 番 号										
	フリガナ	生年月日	大・昭 年 月 日								
	被 保 険 者 氏 名	性別	男 ・ 女								
	住 〔被保険者証 記載の住所〕 所	〒..... -									
	電話番号() -										
送付先を変更する 関係書類	1 すべての関係書類 2 認定関係 3 給付関係 4 保険料関係										
送付先を変更する 理由											
変 更 （ 終 了）	住所	〒..... -									
		電話番号() -									
後 送 付 先	フリガナ										
	宛名人	本人との関係									
変更開始（終了）年月日	令和 年 月 日 ※申出年月日又はそれ以後の日付であること。										

- 注1 この申出書は、市町村から送付される各種の介護保険関係書類について、特別な理由があることにより、本来の住所地以外の場所への送付を希望する場合に提出するものです。なお、この申出に基づく送付は、「介護保険関係書類送付先変更（終了）申出書」の提出があるまで、継続します。
- 2 指定送付先の宛名人は、郵便物が間違いなく配達されるための方書きとなりますので、指定送付先の住所に居住する世帯主又は本人と相当の関係を有する者の氏名を記入してください。
- 3 送付先を指定する特別の理由が認められないとき、指定送付先の宛名人等の了解が得られないとき、通常郵便による送付が困難な場所を指定したときなどは、その申出を受理できない場合がありますので、ご了承願います。

※ 処理欄（記入不要）

備 考		入力年月日				
		受 付	入 力	確認(認)	確認(給)	確認(保)