

介護保険 送付先変更届

年 月 日

尾張旭市長 殿

次のとおり送付先の変更を届け出ます。

届出人氏名		被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(    ) <input type="checkbox"/> 代理人(    ) ※ 委任欄の記入が必要です。
届出人住所	〒  電話番号(    )    —		

※ 被保険者が届出人本人の場合は、被保険者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号												
	氏 名		生年月日												
	住 所														
送付先住所 及び宛名		〒    — <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。													
		様方				電話番号 (    )									
変更事由		1 家族の住所    2 宛名変更    3 施設入所    4 その他(    )													

送付先を変更するものの番号に○を付けてください。

1 要介護認定関係    2 保険料関係    3 保険給付関係    4 介護保険関係全て
--

(委任欄)  
私は、上記申請者\_\_\_\_\_を代理人と定め、この申請に基づく証明書等の交付に関する権限を委任します。  
被保険者氏名（署名又は記名・押印） \_\_\_\_\_ 印

(代筆者)  
住所： ☐ 申請者と同じ／ \_\_\_\_\_  
氏名： ☐ 申請者と同じ／ \_\_\_\_\_（続柄）  
代筆の理由： \_\_\_\_\_

※ 委任状の偽造または偽造した委任状を行使したときは、刑法第 159 条、第 161 条により罰せられます。

※市処理欄

受付・入力	確認 1	確認 2

※本人確認欄

写真あり (1点確認)	運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・身体障がい者手帳・療育手帳・その他 (    )
写真なし (複数確認)	健康保険証・介護保険証・医療受給者証・年金手帳等・キャッシュカード・クレジットカード・その他 (    )