

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。										
		フリガナ		電話番号 () _____									
		様方											
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。

<input type="checkbox"/> 1 要介護認定関係 <input type="checkbox"/> 2 保険料関係 <input type="checkbox"/> 3 保険給付関係 <input type="checkbox"/> 4 介護保険関係全て

(委任欄) (被保険者の同席及び承諾の確認による委任欄の省略)

私は、上記申請者_____ を代理人と定め、この申請に基づく送付先変更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 ()