

記入見本

介護保険 発送先

変更  
変更解除

申請書

変更or変更解除に○

(宛先)小牧市長

令和 ○年 ○月 ○日

介護保険に関する事項について、書類発送先を次のとおり変更することを申請します。

なお、書類発送先に変更が生じた場合は、速やかに連絡 介護保険証に記載されている番号を記入してください。(不明な場合は空白でも可。)

※太枠内をご記入ください

被保険者番号	0 0 1 0 * * * * * *	宛名番号	* * * * * *	
フリガナ	コマキ タロウ		性別	男・女
被保険者氏名	小牧 太郎		生年月日	明・大・昭 ×年 ×月 ×日
住所地	〒 ×××- ×××× 小牧市××××××××××××××		被保険者の方について記入してください。	
電話番号	( ×××× ) ×× -××××			

変更解除の場合はチェックを記入

該当する場合は□にチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 発送先変更を解除し、住所地に戻す。		※該当する場合は、解除する発送先を記入して下さい。	
フリガナ	コマキ イチロウ		被保険者との続柄	長男
氏名(宛名)	小牧 一郎			
発送先住所	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 愛知 都道府県 小牧 市町郡 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
電話番号	( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 -〇〇〇〇			
変更の理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 本人が書類を管理できないため。 )		発送先の方について記入してください。 変更の理由についても記入してください。	

該当する□にチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> ①被保険者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ②発送先と同じ		※申請者が①、②のいずれにも該当しない場合は申請者欄に記入してください。	
フリガナ			被保険者との続柄	
氏名				
住所	〒 -			
電話番号	( ) -			

小牧市役所福祉部介護保険課

※小牧

記入者	①申請の際は申請者の本人確認書類を提示してください。(郵送の場合は写しを添付してください。) ②申請者が被保険者本人以外の場合は委任状も提出してください。(被保険者本人が亡くなっている場合は不要です。) ③申請者が成年後見人の場合は登記事項証明書の写しを提出してください。(委任状は不要です。)		153
受付担当者:	入力日・担当者:	解除入力日・担当者:	