変更

変更解除

介護保険関係書類　送付先　　　　　　　申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 性別 |
| 被保険者氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | |
| 現住所 | 〒　　　－ | |
| 送付先住所 | □　送付先変更を解除し、現住所に戻す。  〒　　　－ | |
| 郵便物受取人 |  | |
| 受取人の電話番号 | 自宅・携帯・職場　（　　　　）　　－ | |
| 申請理由 | * 入院 * 施設入所 * 成年後見人等を受取人とするため（証明書添付） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 書類区分 | * 資格・要介護認定・給付関係   （被保険者証、負担限度額認定証、要介護認定決定通知書、高額サービス費支給決定通知書、給付制限通知書等）   * 保険料関係   （保険料納入通知書、納付書、督促状等） | |

　上記のとおり送付先の変更を申請します。

　送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

* **申請者が、被保険者本人以外の場合、被保険者本人の同意の上での申し出です。**

　・　申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。

・　送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場　合は、被保険者が適宜、送付先変更を解除することを了承します。

・　この申請に関する全ての責は申請者により負います。

　豊山町長　様

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　（記入者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

＊処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付担当者 |  |
| 確認欄 | □　確認した身分証明書（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　宛名台帳に入力　　□　入力日（　　　　　年　　月　　日） |
| 確認者 |  |