介護保険関係書類　送付先　変更／変更解除　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	