

介護保険関係書類 送付先 変更 申請書
変更解除

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 _____ ⑩
 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	

