

介護保険関係書類 送付先変更依頼申請書

年 月 日

草津市長 宛

(申請者) 住所

氏名

被保険者本人との続柄 電話番号

私は、下記被保険者本人の介護保険に関する全ての書類について、

送付先を変更されるよう申請します。

送付先の変更を廃止されるよう申請します。

記

(送付先変更の理由) …下記の理由の項目番号に○印をつけてください。

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. 被保険者本人の書類管理に不安があるため        |  |
| 2. 被保険者本人および同居家族の書類管理に不安があるため |  |
| 3. その他 ( )                    |  |

(被保険者本人) 被保険者番号

住所

氏名

電話番号

(送付先)

住所 〒

フリガナ

氏名 宛て

電話番号

(承諾書) ※申請者と送付先となる人が異なる場合は、送付先となる人が御記入ください。

(上記申請者宛てに送付先を登録する場合は記入不要です。)

上記被保険者本人の指定する介護保険関係書類の送付先となることを承諾します。

氏名

本人申請

①	個力・免許・身障・他( )
②	介護・負割証・健証・ホ・通力・他( )

代理人申請

代理権 確認	法定代理人証明・委任状・介護・負割証・健証 他( )
代理人 確認	① 個力・免許・身障・CM証等・他( )
	② 介護・負割証・健証・ホ・通力・他( )

処 理 欄			
受 付		入 力	確 認
／	M	／	／
	G	／	／

令和3年4月1日作成