

# 介護保険関係書類 送付先変更届

受付印

瀬戸内市長 様

つぎの送付先に関係書類を送付していただきたいので届出をします。  
この届出にあたり、関係者への説明は私が責任をもって行います。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0	申請年月日	年 月 日
	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
住所	瀬戸内市	電話番号 ( )		
申請者 (窓口に来た人)	氏名		被保険者との続柄	
	住所*	〒 -	電話番号 ( )	

※本人が申請する場合は申請者住所・電話番号は記入不要

送付先の変更を希望する書類 (○をしてください。)	1 介護保険関係書類すべて	市記入欄	送付先入力	
	2 介護認定・給付関係 (被保険者証など)		資格記録管理	
	3 保険料関係書類 (納付書など)		保険料収納管理	

送付先が申請者氏名及び住所と同じであればチェックをしてください。

送付先	フリガナ		被保険者との続柄
	氏名		
	住所	〒 -	電話番号 ( )

※以下は記入しないでください

### 受付時確認欄

申請者	確認書類	申請者の身分証等
<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人)		<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 担当課へ確認済	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 後見人等	<input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> 代理行為目録 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他

課 長	課長補佐	係 長	係	担当	入力者	入力日