

介護保険送付先変更申請書

上天草市長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和●●年●●月●●日
申請者氏名	上天草 花子	被保険者の関係	子
申請者住所	〒861-6102 熊本県上天草市松島町合津 0000 番地 電話番号 0969 (00) 9999		

被 保 険 者	フリガナ	カミアマクサ タロウ		
	被保険者氏名	上天草 太郎	生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日
			性別	男・女
住所	〒861-6102 熊本県上天草市松島町合津 9999 番地 電話番号 0969 (00) 0000			

送付先氏名	上天草 花子	被保険者の関係	子
送付先住所	〒861-6102 熊本県上天草市松島町合津 0000 番地 電話番号 0969 (00) 9999		

■送付先設定 : 廃止 (現在設定済の内容を廃止し、住民票の住所へ戻します)

変更 (変更する項目に○を付けてください。)

介護保険 (下記 4 項目を一括で設定できます)				賦課管理 (保険料)
被保険者管理 (保険証等)	介護認定管理 (認定関係)	受給者管理 (負担割合証・ 負担限度額認定証)	給付管理 (福祉用具、住宅改修、 高額介護等の償還)	

例) すべて変更する場合: 介護保険、賦課管理に○を付けてください。

例) 個別に変更する場合: 5項目の中から変更する項目にそれぞれ○を付けてください。

* 申請者が本人でない場合に記入

上記申請者を代理人と定め、送付先変更申請を委任します。

被保険者氏名 _____