介護保険 送付先変更（新規・変更・廃止）申請書

石垣市福祉部介護長寿課長　様

介護保険に係る帳票等(被保険者証、負担割合証、保険料決定通知、納付通知書、給付関係通知など)の送付先の変更を申請します。

申請日 ： 令和　　年　　月　　日

申請者	ふりがな		被保険者との続柄	□ 本人
	氏名	（署名又は記名押印）		□ 親族 （　　）
	住所	〒 電話番号:　　－　　－		□ その他 （　　） ※申請者が本人・親族以外の場合は、本人の捺印のある「委任状」を添付。 ※法定代理人・成年後見人の場合は、それを証明する書面（コピー）を添付。
	申請種別	□ 新規　□ 変更　□ 廃止		
	申請理由	□ 入院入所等　□ 一時的な居所の変更 □ 本人管理困難　□ 死亡 □ その他（　　）		

被保険者	被保険者番号	□□□□□□□□00
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	□ 明治　□ 大正 □ 昭和　□ 西暦　　年　　月　　日
	住所	〒 電話番号:　　－　　－

送付先	送付先種別	□ 入院入所先　□ 親族方（続柄　　）□ その他（　　）
	宛先	□ 申請者住所と同じ　（※申請者住所と同じ場合は、宛先の記入不要です。） 〒 電話番号:　　－　　－
	ふりがな	
	宛名	※郵便物が届く宛名をご記入ください。

【保険者確認欄】

受付	申請者確認欄	介護保険係	給付認定係
□ 窓口 □ 郵送 □ その他	□ 運転免許証 □ その他（　　）		