

介護保険 送付先登録に関する申請書

宿毛市長 様

申請年月日	令和	年	月	日
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 終了	

申請者 住所 〒 _____ (都・道・府・県)
 _____ (市・町・村)

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 (_____) _____ 被保険者との関係 _____

下記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を登録することを申請します。

申請にあたり、被保険者本人(本人の意思が確認できない場合は、家族又は本人の意思を代理できる者)の了解を受けていること、本申請により問題が発生した場合は、申請者が責任をもって対処することを了承し、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。

なお、送付先を変更する場合や、送付先登録が不要となった場合には、その旨を速やかに申請します。

(1) 被保険者

被保険者番号	0	0	0	0						
フリガナ										
氏名										
生年月日	(大正・昭和)				年	月	日			
住所	宿毛市									

(2) 送付先住所等 上記申請者住所等と同じ (該当する場合はチェックすると、以下の重複部分の記入を省略できます。)

フリガナ										
氏名										
住所	〒 _____									
電話番号						被保険者との関係				
送付先の変更を希望する文書 <small>(※右の1~4の文書で希望する番号に○をご記入ください。)</small>	1. 介護保険に関する文書すべて (2~4の全て) 2. 納付 (介護保険料納入通知書、還付通知書 など) 3. 認定 (認定結果通知、被保険者証、負担限度額認定証、負担割合証 など) 4. 給付 (高額介護サービス費給付のお知らせ など)									

(3) 申請に必要な書類

提出時に「(1) 被保険者」及び「(2) 送付先住所等」が確認できる、公的機関から発行された身元確認書類 (※1) を必ず提示してください (郵送の場合は写しを添付してください)。

※1 介護保険被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証、運転免許証、医療被保険者証、マイナンバーカードの写し (※マイナンバーは確認できないようにマスキング等をして提出してください)。

【(1)又は(2)のいずれか一方でも確認できない場合は、送付先の登録はできません。】

受付時確認	システム入力	確認
被保険者：介護保険被保険者証 医療被保険者証 運転免許証 その他 ()		
申請者：介護保険被保険者証 医療被保険者証 運転免許証 その他 ()		