

# 介護保険送付先変更申出書

泉南市長 様

下記のとおり、介護保険関係書類に係る送付先の変更を申請します。

|     |    |   |        |          |
|-----|----|---|--------|----------|
|     |    |   | 申請年月日  | 令和 年 月 日 |
| 申請者 | 氏名 |   | 本人との関係 |          |
|     | 住所 | 〒 | 電話番号   |          |

※申請された方が被保険者本人の場合、申請者住所欄の記載は不要です。

|                  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                      |
|------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|----------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                      |
|                  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別   | 生年月日                 |
|                  | 氏名     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女  | 明治<br>大正 年 月 日<br>昭和 |
|                  | 現住所    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |                      |

|           |                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|-----------|----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 送付先<br>住所 | <input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ      ※上記申請者の住所・電話番号と異なる場合に記入 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|           | 〒                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |
|           | 宛 名 方 書<br>( 様 方 等 )                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |



|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| ■送付先変更項目                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 介護保険料に関すること        |  |
| <input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定通知書等      |  |
| <input type="checkbox"/> 給付管理に係る通知書         |  |
| (介護給付償還払・住宅改修・福祉用具・高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス等) |  |