

介護保険等 送付先(変更・変更解除)申請書

受付印

※ 変更または変更解除をマルで囲む

被保険者番号						
被保険者氏名					生年月日	大・昭 年 月 日
現住所	西尾市					
要介護認定等	有		無		申請中	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 _____ 電話(_____) _____					
フリガナ					変更情報	1、受給者管理情報 2、納付管理情報 3、給付実績管理情報
郵便物受取人	(様方)					
変更期間	開始	_____年 月 日			終了	_____年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください)					
その他	<input type="checkbox"/> 高齢者配食サービスを利用している		送付先変更を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

上記のとおり送付先の変更を申請します。送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、西尾市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・この申請に関するすべての責は申請者により負います。

(宛先) 西尾市長

_____年 月 日

申請者 (記入者) 氏名 _____ 被保険者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

受取人が申請する場合は、住所・電話番号は省略。

※市役所処理欄

記入者 確認	1点	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・住基カード(写真有り)・在留カード 特別永住者証明書外国人登録証明書・身体障害者手帳・その他(_____)				
	2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・介護保険者証・住基カード(写真無し)・雇用保険受給者証 キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証・その他(_____)				
受付担当者	処 理 担 当 者	_____	入力日	_____	その他	<input type="checkbox"/> 審査担当へコピー提供 <input type="checkbox"/> 配食担当へ確認