

介護保険 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。<br>〒 ー<br>電話( ) ー                                                                                                                          |       |  |  |  |    |       |  |  |  |
| フ リ ガ ナ     | 変更情報<br>1、受給者管理情報<br>2、納付管理情報<br>3、給付実績管理情報                                                                                                                                           |       |  |  |  |    |       |  |  |  |
| 郵便物受取人      |                                                                                                                                                                                       |       |  |  |  |    |       |  |  |  |
| 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<br><input type="checkbox"/> 本人死亡のため<br><input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください) |       |  |  |  |    |       |  |  |  |

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。

(あて先) 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・在留カード<br>特別永住者証明書・身体障害者手帳・その他 ( )                |  |       |     |     |                                               |
|           | 2 点 | 資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険者証・雇用保険受給者証・<br>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"/> 配食担当へ確認<br>( 有 ・ 無 ) |