

課長	課長補佐	係長	担当(起案者)	課員(回覧)

介護保険関係文書 郵送先変更申出書

勝山市長 様

次のとおり申出します。

		申出年月日	令和 年 月 日
申出者氏名		本人との関係	
申出者住所	〒 ー 電話番号		

被保険者番号				
フリガナ			性別	男 ・ 女
被保険者氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日
現住所	〒 ー 電話番号 ()			
送付先	住所	〒 ー (様方) 電話番号 ()		
	関係	1 家族 () 2 入所施設 3 その他 ()		
郵送先変更を希望する文書	1 賦課(介護保険料)に関する文書 2 資格記録(介護保険認定(更新・結果))に関する文書 3 給付(高額介護(居宅支援)サービス費支給)に関する文書 4 すべて ※介護保険に関する市からの文書のみ			
申請の理由 (具体的に記入)				

職員確認欄

本人確認 (口代理人)

1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・精・療) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 ()
2点	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他 ()
No	

代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合不要

法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> その他 ()
委任代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 官公庁から本人に発行された書類 (介護保険証、負担割合証など)

入力確認欄

<input type="checkbox"/> (月 日入力済)
