

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	〒 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 (☐ 代理人)

1 点	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳（身・精・療） ☐ パスポート ☐ 住民基本台帳カード ☐ その他（ ）
2 点	☐ 介護保険証 ☐ 負担割合証 ☐ 健康保険証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ 年金証書 ☐ 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	☐ 戸籍謄本 ☐ 資格証明 ☐ その他 ()
委任代理人	☐ 委任状 ☐ 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

□ (月 日入力済)