

介護保険 送付先 変更 申請書
変更解除

被保険者番号		性 別
被保険者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日
現 住 所	〒 —	

送付先住所 (マンション名等も詳細に)	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 —	
フリガナ		※送付先氏名はご本人様名となります。
郵便物受取人	様方	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () —	
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 (証明書添付) <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、あま市が適宜、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。

あま市長 様

年 月 日

申請者
(記入者) 住 所 _____
氏 名 _____
被保険者との続柄 _____
電 話 _____

※処理欄

記入者確認	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)・身体障害者手帳 その他()			
	保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・住基カード(写真無)・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		入力日		解除入力日