介護保険関係通知書等送付先　指定・解除・変更　申出書

（該当するところに〇を付けてください）

年　　月　　日

申出人　　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名

（事業者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿

本人との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の者に係る介護保険関係通知書等を、下記の送付先に送付いただきますようお願いします。

なお、この件に関して発生する問題の一切を私の責任において処理します。

《対象者（被保険者）》

住　　所	
生　年　月　日	明　・　大　・　昭　　年　　月　　日
氏　　名	
被保険者番号	

送付先を設定又は変更する理由	
送　付　先	居所・家族（　　）宅・施設・その他
	〒　　－ 電話　　（　　）
対 象 文 書	介護保険関係の全ての通知書等
備　　考	

	受　付	受付方法	認定入力	賦課入力
市記入欄		窓口 郵送		

≪記入上の注意≫

◇申出人が被保険者または被保険者の親族以外の場合は、送付先の変更について確認をした親族の氏名、続柄を備考欄に記入してください。

◇送付先を指定する場合は、申出人以下全ての欄を記入してください。

◇送付先の指定を解除する場合は、申出人、対象者の住所、生年月日、氏名、被保険者番号の欄のみ記入してください。