

## 介護保険に係る送付先変更（新規・変更・解除）申出書

被保険者氏名	男 ・ 女	被保険者番号									
		生年月日	年 月 日生								
住所											
<input type="checkbox"/> 新規  <small>※初めて送付先を変更する場合</small>	理由を選択してください。 <input type="checkbox"/> 施設入所・入院により住民登録地に不在のため <input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ ）										
	住所	〒 ( ) 様方									
	フリガナ	被保険者との続柄									
	氏名	連絡先電話番号			自宅 ..... 携帯						
<input type="checkbox"/> 変更  <small>※以前提出した申出書の内容を変更する場合</small>	理由を選択してください。 <input type="checkbox"/> 送付先人を変更したため <input type="checkbox"/> 送付先人が住所変更したため <input type="checkbox"/> その他（ ）										
	住所	〒 ( ) 様方									
	フリガナ	被保険者との続柄									
	氏名	連絡先電話番号			自宅 ..... 携帯						
<input type="checkbox"/> 解除	理由を選択してください。 <input type="checkbox"/> 住民登録地で郵便物の管理が可能となったため <input type="checkbox"/> その他（ ） <small>※送付先変更を解除した場合は、住民登録地へ送付します。</small>										
	<input type="checkbox"/> 介護保険の資格、認定、給付に関する通知(長寿課担当) <input type="checkbox"/> 介護保険料に関する通知(税務課担当)										
適用年月日	年 月 日 から										
申出者	白石市長 様  上記のとおり、送付先の変更を申し出ます。 なお、この申出書の内容について、被保険者並びに変更後の送付先人に説明済みであり、この申出書の提出によって問題が生じた場合、申出者である私が責任を負うことに同意します。										
	年 月 日										
	(申出者) <input type="checkbox"/> 本人 (被保険者) <input type="checkbox"/> 代理人 (本人との続柄: )										
	氏名			連絡先電話番号							
住所			( )								

※申出者が本人、家族、成年後見人、保佐人、補助人以外場合、委任状が必要です。  
 ※申出書の提出には、申出者の本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)の提示が必要です。  
 ※申出者が成年後見人、保佐人、補助人の場合、登記事項証明書(写し可)を添付してください。

### 【白石市処理欄】

申出者確認	運転免許証・健康保険証・その他( )	受付方法	窓口受付・郵送受付
処理日	年 月 日	システム入力	未・済
		税務課送付	未・済・不要