

介護保険送付先変更に関する申立書

(あて先) 千葉市

区長

下記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を変更することを申立てます。申立にあたり、本人(本人の意思が確認不能の場合は家族又は本人の意思を代理できる者)の了解を受けています。

なお、送付先を再変更する場合(送付先からの転居など)や変更の必要がなくなった場合にはその旨を速やかに申立てます。

また、本申立により発生する諸問題は、申立人が責任をもって対処することを了承します。

※一度申立いただくと、以後、申立をいただくまでは送付先は変更されませんのでご注意ください。ただし、送付先へ送った書類が何度も返送となる場合は、送付先変更を解除することがあります。

申立日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除							
申立人	フリガナ								
	氏名(署名)	(注)申立人が自筆で署名してください。なお、自筆でない場合は記名押印に代えることができます。							
	被保険者との関係	(注)被保険者から見た関係をご記入ください。 例:長男、長女、甥、姪等							
	郵便番号	〒 -							
	住所								
	電話番号	- - (携帯電話など平日、日中の連絡先)							
	申立人の本人を確認できる書類の提示または写し(コピー)の提出	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () (注)該当するものをチェック。その他の場合は具体的な書類名をカッコ内に記載。							
被保険者	被保険者番号(10桁)								
	フリガナ								
	被保険者氏名								
	生年月日	年 月 日							
	住所								
送付先変更について	変更する書類	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格・受給関係のみ(被保険者証、認定決定通知書、負担割合証等) <input type="checkbox"/> 保険料関係のみ(保険料決定通知書、保険料還付通知書等) <input type="checkbox"/> 給付関係のみ (負担限度額認定証、高額介護サービス費支給決定通知書等) (注)該当するものをチェック。(チェックがない場合は全て変更になります。)							
	変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院のため <input type="checkbox"/> 認知症等により書類の管理が困難となったため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他特段の事情() <input type="checkbox"/> 解除(送付先変更の必要がなくなったため) (注)該当するものをチェック。その他の場合はカッコ内に具体的な変更理由を記載							
	※どちらかに丸印 以下に記載のとおり ・ 申立人と同じ(以下の記載は必要ありません)								
	変更後の送付先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">郵便番号</td> <td>〒 -</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td style="text-align: right;">携帯電話など平日、日中の連絡先(- -)</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>宛名</td> <td></td> </tr> </table>	郵便番号	〒 -	住所	携帯電話など平日、日中の連絡先(- -)	フリガナ		宛名
郵便番号	〒 -								
住所	携帯電話など平日、日中の連絡先(- -)								
フリガナ									
宛名									

職員記入欄

申立人確認 運転免許証の写しの取得 健康保険証の写しの取得 その他()

申立のとおり処理してよろしいか。

年 月 日

室長	主査	係	受付