

介護保険関係書類 郵送先変更申請書

年 月 日

(宛先) 下関市長

次のとおり、介護保険に関する書類の郵送先変更を申請します。
 なお、この申請にあたり、関係者への説明は私が責任をもって行います。

申請者	フリガナ		被保険者との関係	
	氏名			
	住所	〒 - 電話番号() -		

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 - 電話番号() -		

「申請者」と同じ

郵送先	氏名 (施設名)		被保険者との関係	
	住所	〒 - 電話番号() -		

申請理由	1. 死亡(年 月 日死亡) 2. 施設に入所 3. 医療機関に入院 4. 住民票の住所が居住地と異なる 5. 書類の管理が困難 6. 後見人等に選任 7. その他()		
郵送先の変更を希望する書類	介護保険に関する書類すべて	変更期間	期限なし
	介護保険に関する書類の一部 ()		年 月 日から 年 月 日まで

送付先変更状況	新規設定
	変更(現在の登録先住所から上記の郵送先へ登録変更)
	終了(現在の登録先住所への送付を終了し、住民票の住所へ戻す)

※下関市使用欄

身元確認(写真付は1点、写真無しは2点)	代理権確認	添付書類確認	システム登録
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> システム画面 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 契約書	賦課徴収係
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 領収書	給付係
<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 聴取書 <input type="checkbox"/> その他()	認定係