

介護保険関係書類 送付先設定届

稲城市長 殿

申請日 令和 年 月 日

次のとおり届出します。

届出により生じた問題は申請者が責任をもって対処いたします。

申請内容	1. 送付先の登録	2. 登録済送付先の変更	3. 登録済送付先の解除
------	-----------	--------------	--------------

申請理由	1. 成年後見人・保佐人・補助人が郵便物を管理するため 2. 病院や施設に入院・入所しており、本人が住民票住所にいないため 3. 認知症等により、本人が郵便物を管理することができないため 4. 介護上の理由から、親族のもとへ一時的に居所を移しているため 5. 被保険者が死亡し、住所地で郵便物を受け取る者がいないため 6. その他 ()
------	--

申請者	氏名		被保険者との関係	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	電話番号	
	住所	〒		

被保険者	氏名		被保険者番号	0	0	0	0													
	生年月日	大正・昭和 年 月 日																		
	住所	〒																		

送付先	氏名		被保険者との関係	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		電話番号 ()

登録済の送付先を変更または解除する場合

申請者が登録済の前申請者と異なる場合は、前申請者の自署による記入が必要です。

上記のとおり送付先を変更することに同意します。	
前申請者	住所 _____
	署名 _____ 自署できず代筆の場合 代筆者氏名 ()

添付書類

申請者の本人確認資料 (マイナンバーカード、運転免許証等. 顔写真付きでない場合は2点必要)

委任状 (困難な場合は被保険者本人の本人確認資料)

市役所使用欄

申請者確認	送付先確認	委任状	入力日	入力者	確認者
・マイナンバーカード ・運転免許証 ・被保険証(社・国・後・介) ・その他 ()	・マイナンバーカード ・運転免許証 ・被保険証(社・国・後・介) ・その他 ()	・有 ・無 ()	/		