

(宛名番号：)

介護保険 郵送先変更申請書

(あて先) 那珂川市長

次のとおり、介護保険に関する全ての通知等の送付先の変更をお願いします。なお、変更の必要がなくなった場合は、速やかに連絡いたします。

また、貴市にご迷惑をかけないように、郵便局への転居届の手続き、または住所地の郵便物の定期的な確認にも努めます。

申請内容	新規	変更	終了	申請区分	窓口 ・ 郵便 ()
				申請年月日	年 月 日
申請者	氏名			本人との関係	本人・家族(続柄)・その他()
	住所	〒 (電話番号 -)			
提出代行者	(居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)				

認定申請書の裏面に記載の住所へ変更を希望する場合は、こちらにチェックをし、認定申請両面の写しを添付してください(「被保険者」欄と「郵送先」欄は記載不要です)。

また、認定申請書裏面に複数の住所を記載している場合は、該当住所に○をする等、わかるように印をしてください。

被保険者	番号									生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ										
	氏名										

郵送先	フリガナ									
	住所	〒 (電話番号 -)								
	フリガナ									
	宛名									
変更する期間	1. 認定申請中の結果通知が発送されるまで。 ※「介護被保険者管理」、「介護要介護認定管理」に登録。 2. 変更や終了の申し出をするまで(ずっと)。 ※「介護保険」、「介護賦課管理」に登録。									
申請の理由	1. 入院のため 2. 入所のため 3. 長期不在のため 4. その他 ()									

備考

収 受 印

入力	チェック
<input type="checkbox"/> フラグ・メモの登録有無確認	<input type="checkbox"/> フラグ・メモの登録有無確認