

介護保険 送付先変更に関する申立書

(宛先) 相模原市長

申立年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 終了
-------	-------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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。申立てにあたり、被保険者本人（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。

本申立により発生する諸問題は、申立人が責任もって対処することを了承し、貴市に迷惑をかけることを申し添えます。なお、送付先を再変更する場合や送付先について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。

申立人住所 〒 _____

フリガナ _____

申立人氏名 _____

被保険者との
関係

電話番号 (_____) _____

職員の場合、所属名

◇送付先変更をする被保険者については次のとおりです。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 _____		

◇送付先については次のとおりです。

送 付 先	住所	<input type="checkbox"/> 申立人住所と同じ（該当する場合はチェックすると、以下送付先の記入を省略できます。） 〒 _____ 電話 (_____) _____
	送付先氏名	被保険者との関係【 _____ 】
送付先住所変更理由 (該当するものに○)	1. 施設入所または入院のため 2. 被保険者本人に管理能力なし（例：認知症等） 3. その他（理由： _____ ）	
備考		

注意事項

※申立てには、申立人の本人確認書類（運転免許証、保険証等）の写しの添付が必要です。（申立人が成年後見人等の場合、登記事項証明書（発行日より3ヶ月以内）の原本又はその写しも添付してください。）

↓市記入欄

受付課記入欄		介護保険課記入欄	
添付書類（申立人確認書類）	受付者	入力者	確認者
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員証（介護支援専門員証） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書原本又はその写し <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 郵送	送付先 <input type="checkbox"/> メモ <input type="checkbox"/>	送付先 <input type="checkbox"/> メモ <input type="checkbox"/>

備考 _____