

介護保険通知書等送付先変更申請書

安城市長

※太枠内をご記入ください。

		申請年月日	年 月 日
申請者	フリガナ		被保険者との続柄
	氏 名		
	住 所	〒 電話番号	

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号		

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため <input type="checkbox"/> 被保険者施設入所のため <input type="checkbox"/> 認知症のため（ <input type="checkbox"/> 被保険者本人のあて名を記載しない） <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先	□申請者と同じ ※異なる場合は以下にご記入ください。		
	フリガナ		被保険者との続柄
	受取人氏名		
住 所	〒 電話番号		

※市処理欄

受付可否の確認 (いずれか1点)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定代理人(登記事項証明書等) <input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状) <input type="checkbox"/> 担当包括・居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他()		
身元の確認 (写真のないものは 2点以上で確認)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()		
窓口確認者		入力日	