

介護関係書類送付先変更申出書

令和 年 月 日

鶴田町長 様

私は、下記のとおり介護保険関係書類の送付先変更を申出します。
送付先変更については、被保険者本人、関係者、送付先等の同意を得ており、変更により送付される書類は、被保険者本人の不利益にならないよう適切に管理します。

申出者 1. 本人（被保険者） 2. 代理人（本人との関係： ）
氏名 _____
※署名または記名押印
住所 _____
※申出者が被保険者本人または新送付先人の場合は、住所の記入は不要です
電話番号 _____
※日中連絡のとれる電話番号

本人 (被保険者)	氏名			
		被保険者番号		
		生年月日		
	住所 (住民登録地)			
旧 送 付 先	住所	☐ 住民登録地と同じ 〒 方書		
	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名		電話番号	
新 送 付 先	住所	☐ 住民登録地と同じ 〒 方書		
	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名		電話番号	
変更理由	☐ 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため ☐ 自己管理が難しいため ☐ その他 ()			

(鶴田町記入欄)	受付	入力
申出者の本人確認書類		
マイナンバーカード・免許証・介護保険証・その他 ()	入力日	
事業所等の場合：社員証・資格証・その他 ()	R . .	