

介護保険に関する書類の送達場所申請書

(宛て先) 四日市市長

下記のとおり、介護保険に関する書類すべての送達場所の変更を申請します。

年 月 日

本人 (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 〒			
電話 ()				

代理 申請 者	フリガナ		本人との関係	1. 親族 (続柄)
	氏名			2. 代理人 ()
	連絡先(電話)	()		
	住所	〒		

送 達 場 所	<input type="checkbox"/> 代理申請者の住所へ送達 (代理申請者氏名が方書になります)		
	<input type="checkbox"/> 申請者と 別の場所へ 送付	住所	〒
		方書	
		連絡先(電話)	()

理 由	1. 本人が入院等のため、住所地に長期不在となるため 2. 本人が書類を紛失するおそれがあるため 3. その他 ()
--------	---

【本人同意欄】・・・被保険者本人が申請者とならない場合のみ記入
私は、私の介護保険に関する書類すべての送達場所を上記のとおりとすることに同意します。

本人氏名 _____

【申請者記入欄】
私は、本人が寝たきり等のために自分で申請することが困難であるため、本人に代わり申請を行いました。

代筆者氏名 _____

本人との関係 ()

※ 本人確認資料写し添付必要

被保険者	保険証・運転免許証・在留カード パスポート・住民基本台帳カード その他 ()
申請者	保険証・運転免許証・在留カード パスポート・住民基本台帳カード その他 ()

受 付 窓 口	<input type="checkbox"/> _____ 地区市民センター <input type="checkbox"/> 市民窓口 <input type="checkbox"/> 介護保険課
------------------	--

窓 口 押 印		介護保険課
------------------	--	-------