# 介護保険　送付先廃止申請書

（宛先）東大阪市長

次のとおり申請します。

| 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 本人 | 氏名 | 電話番号　　（　　） | | |
| | 代理人 | 氏名 | | 本人との関係 | |
| | | 住所 | 〒　　－　　電話番号　　（　　） | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男　・　女 |

送付先を廃止する理由

1．退院等で住所地に戻ってきたため

2．その他（　　）

※　窓口での申請の場合、申請者の本人確認書類が必要です。
※　郵送での申請の場合、申請者の本人確認書類の写しを添付してください。
※　法定代理人による申請の場合は、登記事項証明書等の写しも添付してください。

| 申請者確認 | 点検 | 送付先入力 | 受付者 |
|---|---|---|---|
| 1．運転免許証<br>2．マイナンバーカード<br>3．パスポート<br>4．健康保険証<br>5．介護支援専門員証<br>6．その他 | | | |

| 受付印 |
|---|
| |