

介護保険 送付先登録・変更申請書

(あて先)東大阪市長

次のとおり 1. 登録 申請します。
2. 変更

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	〒 一	電話番号 ()

被保険者	被保険者番号	（13桁）		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女

送付先住所	〒 一		
	方書	電話番号 ()	
送付先氏名		被保険者との関係 (続柄)	

住民登録地以外に通知書等の送付を必要とする理由

- 入院中で住所地に誰もいないため
- 本人が認知症等の理由により文書管理をすることが困難なため（被保険者と 同居・別居）
- 一時的に介護を受けるため親族等の家に身を寄せているため
- 住民票を異動せずに施設入所をしているため
- その他()

＜注意事項＞ 送付先登録内容は、変更または廃止の届出がないかぎり継続します。登録内容に変更等が生じた場合は、すみやかに届出をしてください。

※ 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 2. マイナンバーカード 3. パスポート 4. 資格確認書 5. 介護支援専門員証 6. その他			

受付印