

介護保険 送付先登録・変更申請書

(宛先)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	〒	—	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

送付先住所	〒 —			
	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

1. 入院中で住所地に誰もいないため
2. 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)
3. 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
4. 住民票を異動せずに施設入所をしているため
5. 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. 健康保険証 5. 介護支援専門員証 6. その他			

受 付 印
