

介護保険 送付先廃止申請書

(あて先)東大阪市長

次のとおり申請します。

申請年月日	令和〇年〇月〇日
-------	----------

申請者	本人	氏名	電話番号	()	
	代理	氏名	東大阪 太郎	本人との関係	子
	人	住所	〒 577-8521 東大阪市荒本北一丁目1番1号	電話番号	06(4309)3188

被保険者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7		
	フリガナ	ヒガシオオサカ ハナコ	生年月日	明・大・昭〇年〇月〇日
	氏名	東大阪 花子	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 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