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　　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	〒　　ー　　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 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