

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 6 年 4 月 1 日

申請日（申請書記入日）をご記入ください。

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

申請者（申請書を記入するひと）についてご記入ください。
“本人”の場合は上段の本人欄に、“本人以外の方”が記入する場合は、下段の代理人欄にご記入ください。

被保険者	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8
	フリガナ	ヒガシオオサカ ハナコ
	氏名	東大阪 花子

生年月日	明・大・昭 30 年 1 月 1 日
性別	男 ・ 女

被保険者本人についてご記入ください。
被保険者番号は、被保険者証等に記載されている“0”からはじまる10桁の数字です。不明の場合は未記入でも受け付けます。

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 ()

該当する廃止理由にマルをつけてください。

- ※ 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。

受 付 印

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			

必要な添付書類を確認し、申請書に添付してください。

窓口での申請→申請者の本人確認書類の原本
 郵送での申請→申請者の本人確認書類の写し
 法定代理人による申請→登記事項証明書等の写し
 +
 法定代理人の本人確認書類の写し