

介護保険制度にかかる通知書等送付先変更申請書 兼 誓約書

年 月 日

(申請先) 西桂町長 宛

(申請者) ※本人自筆の場合は押印不要

住所：〒 (-)

氏名： _____ 印

TEL： _____ - _____

対象者との続柄： (_____)

介護保険制度にかかる通知書等を、住民基本台帳記載住所以外の希望住所に送付すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の被保険者証記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

なお、本申請の内容に変更が生じた場合は、速やかに西桂町へ届出を行います。

この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に関する責任は、私が負うことに同意し、受け取った介護保険制度にかかる通知書等について、適正に管理することを誓約します。

1. 対象被保険者

氏 名： _____ 被保険者番号： _____

住 所：〒 (-)

電話番号： _____ - _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 希望する送付先（該当に ☒ ）

☐ 新たに設定する（※宛名は原則申請者名） ☐ 送付先を廃止する（住民票上の住所へ送付）

☐ 申請者と同じ（新たに設定する場合に選択可）

住 所：〒 (-) (_____ 様方)

宛 名： _____ 対象者（被保険者）との続柄 (_____) TEL： _____ - _____

3. 変更を希望する理由（通知

4. 送付先変更書類の種類（該当に ☒ ）： ☐ ①保険料関係 ☐ ②認定関係 ☐ ③給付関係

5. 送付先変更の適用開始（廃止）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

※1：介護保険課のサービス関係文書に限ります。 ※2：再度変更する場合は再申請が必要です。

◆市記入欄（記入不要） 確認書類 ☐ マイナンバー ☐ 運転免許証 ☐ その他 (_____)