|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険関連通知　送付先変更申出書** | | | | | | | | | | | | | | 新規　　変更　　終了  区  分 | | |
| （宛先）  　戸田市長 | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | **１** | **０** | **０** | **０** |  |  |  |  | | |  |  | 年　　　　月　　　　日 | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | 明・大・昭　　 年　　月　　日 | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記被保険者の介護保険のすべての書類について、下記「送付先住所」へ送付してください。 　この申し出にあたり、被保険者本人およびその家族、ならびにその他の関係者へ説明は私が責任をもって行い、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。なお、申し出の内容に変更がある場合には、直ちに申し出ます。また、送付先は、市が処理をした日より変更（終了）となることについて了承しました。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申出者 | フリガナ |  | | | | | | | | 電話番号 | | | | | (　　　　) | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | 続柄 | | | | |  | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | 【 □申出者　／　□被保険者 】に同じ | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | (　　　　) |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 続柄 | | | | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更  理由 | １：入院・退院又は施設入所・退所のため  ２：書類の管理が困難であるため ３：一時的に住民票の住所ではないところに居住しているため  ４：本人死亡のため  ５：成年後見人・保佐人・補助人等を受取人とするため  ６：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □ **被保険者確認書類（被保険者証等）**  □ **送付先確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・被保険者証・住民票等）**  □ 申出者確認書類　※申出者と変更後送付先が異なる場合  □ 終了の場合は添付書類不要 | | | | | | | | | | | | | | | |

※送付先に発送した文書等が届かず返戻となった場合には、送付先設定を解除する場合があります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【市処理欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 主幹 | 副主幹 | 担当 |
|  |  |  |  |