

介護保険送付先申請書

(提出先) 上 田 市 長

介護保険にかかる帳票の送付先を以下のとおり申請します。

※送付先は、一か所のみ登録となります。

※ 太枠内のみ記入してください。

開始	変更	廃止
申 請 年 月 日	年 月 日	

※次のすべての書類が対象になります。

- ・介護保険料額通知書
- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険負担割合証
- ・要介護/要支援認定通知書(決定、延期、期間終了)
- ・負担限度額認定証
- ・償還払支給決定兼支払通知書
- ・高額介護(予防)サービス費支給決定及び支払通知書
- ・社福等利用者負担軽減確認証
- ・利用料助成金認定証

申請者	フリガナ			
	氏 名		被保険者との関係	
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

※申請は、被保険者本人または送付先となるかた以外の場合は、別途委任状が必要です。

被保険者	被保険者番号		生 年 月 日	大・昭 年 月 日
	フリガナ			
	氏 名		性 別	男 女
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

送付先	☐ 申請者と同じ(下記の記入は不要です)			
	フリガナ			
	氏 名		被保険者との関係	
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

申請理由	1 不 在 2 その他 ()
------	-----------------------

申請者(代理人)及び被保険者の本人確認書類 (担当課記入欄)

1点確認 (顔写真付きのもの)	2点確認
☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券(パスポート) ☐ 在留カード ☐ ()手帳 ☐ 特別永住証明書	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 医療保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他官公庁発行身分証明書等 ()

※被保険者の本人確認書類は顔写真付きでないもの一点でも可能。赤でチェック。

※申請者(代理人)の本人確認書類は黒でチェック。

受付者