

【記入例】

介護保険関係書類送付先変更申請書

被保険者 (申請者)	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	※送付先の解除の場合は以下に☑してください。 <input type="checkbox"/> 送付先の解除	
	フリガナ	フチュウ タロウ		生年 月 日 明治
	氏名	府中 太郎		大正 11 年 1 月 1 日
	住所	〒 183 - 8703 府中市宮西町2-24 電話番号：042-〇〇〇〇		現在、送付先変更の設定をされている方で、解除を希望の場合は、こちらに☑をして、「被保険者」欄及び代理人が申請の手続きをする場合は、「代理申請者」欄に必要事項を記入のうえご申請ください。
送付先	フリガナ	カイゴ ハナコ		被保険者 との続柄
	氏名	介護 花子		
	住所	〒 183 - 0056 該当する理由を選択してください。 その他の場合は具体的に理由をご記入 ください。		様方
	変更理由	※該当する項目を選択してください。その他の場合は具体的に理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 介護施設等入所のため <input type="checkbox"/> 入院のため <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人へ送付するため <input type="checkbox"/> その他（理由：)		

代理申請者	府中市長 様	代理人が申請の手続きをする場合は、「代理申請者」の欄もご記入ください。 被保険者自身が申請の手続きをする場合は、ご記入いただく必要はございません。	令和 4 年 4 月 1 日
	介護保険に 関係する こと について なお、本申請に伴い被保険者等との問題が生じた場合は、申請者が責任を持って処理し、府中市に一切迷惑をかけないことを申し添えます。	付くださるよう申請します。	
	代理申請者		
	住所	府中市寿町1-5	
氏名	介護 花子		
電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇		

【市処理欄】	受付	係長	課長補佐	課長	軽減
<input type="checkbox"/>	記入不要				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					