

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												送付先の解除の場合は以下に☑してください。 送付先の解除	
	フリガナ												生年月日	明治	年 月 日		
	氏 名													大正		昭和	
	住 所	〒 -											電話番号：				
送 付 先	フリガナ												被保険者 との続柄				
	氏 名																
	住 所	〒 -											電話番号：			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。 介護施設等入所のため 入院のため 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため 成年後見人・保佐人・補助人へ送付するため その他（理由： _____ ）															

代 理 申 請 者	令和 年 月 日													
	府中市長 様													
	介護保険に関する送付物の送付先について、上記のとおり送付くださるよう申請します。 なお、本申請に伴い被保険者等との問題が生じた場合は、代理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。													
	代理申請者													
	住 所 _____													
氏 名 _____														
電話番号 _____														

【市処理欄】	受付	係長	課長補佐	課長	軽減
被保険者（申請者）の身元確認書類					
代理申請者の身元確認書類					
代理申請者が親族等代理人の場合は、委任事 項確認書類					
代理申請者が成年後見人等の場合は、登記事 項証明書（過去に提出済の場合省略可）	入力日	年 月 日			再 検