

介護保険 送付先設定依頼書

裏面の注意事項をご確認
のうえ記入してください。

(提出日) 年 月 日

宇和島市長様

下記被保険者の介護保険に関する通知文書の送付先設定を依頼します。
なお、私は通知文書の送付先を変更するにあたっては本依頼書裏面の注意事項を理解し、送付先から承諾を得ておりますので、万一紛議を生じても一切迷惑をかけません。

①【依頼者】

関係: 本人 (被保険者) 代理人 (本人との関係:)

氏名: _____

〒 _____

住所: _____

連絡先(_____ 自宅・携帯)

② 被 保 険 者	フリガナ		生年月日	被保険者番号												
	氏名		年 月 日													
				男・女												
住所	〒 _____															

③ 送 付 先	新規	設定理由	<input type="checkbox"/> 通知文書を住民票住所で受け取る者がいないため。 <input type="checkbox"/> 通知文書を紛失する恐れがあるため。 <input type="checkbox"/> 送付先人の転居等により、送付先を変更するため。 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	変更	住所・宛名	<input type="checkbox"/> ①【依頼者】の住所・宛名に送付 <input type="checkbox"/> 下記住所に送付 〒 _____ ※宛名 (_____ 様) ※施設名 (_____)
	取消	取消理由	<input type="checkbox"/> 住民票住所で書類管理が可能のため。 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 送付先を取り消した場合は住民票住所へ送付します。

※住民票住所以外に送付する場合、本人の宛名を表示すると宛先不明で返戻となる場合があるため、必ずお住まいの方の宛名を記入してください。また入所中の施設等に送付する場合は、施設名を記入してください。

【宇和島市記入欄】

入力日	年 月 日	届出方法	<input type="checkbox"/> 窓	入力済
依頼者確認	マイナンバー・運転免許証 (_____)		<input type="checkbox"/> 郵便	
被保険者確認	マイナンバー・運転免許証 (_____)			

