

受付印

新規	・	変更	・	廃止
----	---	----	---	----

介護保険送付先登録届

令和 年 月 日

(宛先) 神川町長

下記理由(※)により、介護保険関係の書類等の送付については、裏面の注意事項を確認し同意したうえで、住民登録地ではなく送付先住所に送付するよう依頼します。

① 被保険者について

被保険者番号										
被保険者	住所 <small>(住民登録地)</small>	神川町大字								
	フリガナ									
	氏名				生年月日	大正 昭和	年 月 日			

② 送付先について

送付先	住所	〒 -								
	方書				電話番号					
送付先氏名 (宛名)	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ(本人)				続柄	被保険者からみてどのような関係ですか				
	フリガナ					生年月日	昭和 平成	年 月 日		
※送付先を定める理由	<input type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所に送付するため <input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため(死亡日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()									

③ 申請代行者(窓口に来た方)について (該当するものに☑)

- 被保険者①に同じ 送付先②に同じ
 その他(下記を記入してください) ※郵送で提出する場合、本人確認書類の写しの添付が必要です。

申請代行者	住所			
	氏名			
		電話番号		
		続柄	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	

裏面の注意事項を確認し、同意します。

保険健康課チェック欄

申請代行者 本人確認	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 介護支援専門員証						
	4 介護保険被保険者証 5 健康保険証 6 その他()						
受付方法	1 窓口 2 郵送 3 認定調査(調査員氏名:)			受付		入力者	