送 付 先 変 更 届

泉大津市長 様

		申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名		被保険者 との関係	
申請者住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		

介護保険にかかるすべての書類の送付先を次のとおり届出します。

□ 新規	現在は住民登録地に送られているが、今後は下記の住所に送付してください。
□ 変更	既に送付先変更申請をしているが、その送付先を下記の住所に変更してください。
□ 削除	現在は送付先を変更しているが、今後は本人の住民登録地に送付してください。

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	
被保険者氏名		明 ・ 大 ・ 昭 年　　月　　日	
被保険者住所			

送付先住所	〒　　－			
フリガナ 氏　　名		電話番号		
変更理由	□入院中のため □施設入所中のため □自己管理不能のため □法定代理人（成年後見人等）を受取人とするため □その他（　　）		被保険者 との関係	

※送付先が施設の場合は、あらかじめ郵便物等の受取の了承を得てからご申請ください。

※申請者が成年後見人、補佐人、補助人の場合は、**登記事項証明書の写し**を添付してください。
※本届出を提出後、事務処理の都合により、変更前の送付先へ発送される場合がございます。
　ご了承ください。

＜市 記 載 欄＞

本人確認	□個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□身体障がい者手帳 □介護保険被保険者証　□健康保険被保険者証 □その他（　　）
申請者確認	□個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□身体障がい者手帳 □介護保険被保険者証　□健康保険被保険者証 □その他（　　）

本件送付先変更してよろしいか。

課長	参事	係長	主査	係員

受付	入力者	チェック