豊田市 介護保険 送付先 変更 変更解除 申請書

受付印

太枠の中に必要事項を記入してください。□の部分は、該当するものにレ点を付けてください。

申請区分		□ 資格・認定（被保険者証、認定結果通知、更新申請のお知らせなどの認定申請に関する書類） □ 賦課・収納（納入通知書、特別徴収通知など保険料に関する書類） □ 給　　付（負担割合証、支給決定通知、給付費通知など給付に関する書類）		
被保険者	被保険者番号	0 0		
	フリガナ 氏　名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
	住民票住所	〒　　－		
受取人	□ 送付先変更を解除し、送付先を住民票住所に戻す。 □ **裏面の後期高齢者医療の送付先と同一にする。（誓約事項を確認のうえ申請者欄をご記入ください。）**			
	送付先住所	〒　　－		
	フリガナ 氏　名		被保険者との関係	
	連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 （　　）　　－		
申請理由		□ 入院中のため　□ 施設入所中のため □ 自己管理不能のため　□ 相続人として □ 法定代理人（成年後見人等）を受取人とするため □ その他（　　）		

【誓約事項】 申請するにあたり、以下の事項を確認し□にチェックしてください。

- □ 申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- □ 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡が取れなくなった場合は、豊田市が適宜送付先変更を解除することを了承します。
- □ この申請は介護保険に関する書類の送付先にのみ効力が生じることを了承します。
- □ 送付される書類によって、宛名部分に受取人氏名に加え被保険者氏名が表記される場合があることを了承します。
- □ この申請に関するすべての責は申請者により負います。

豊田市長　様

			申請日	令和　　年　　月　　日
申請者（記入者）	フリガナ 氏　名		被保険者との関係	
	住　所	□ 受取人に同じ　□ 本人に同じ 〒　　－		
	連絡先	□ 受取人に同じ　□ 本人に同じ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 （　　）　　－		

申請番号	

申請者確認	□ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ パスポート　□ 在留カード　□ 特別永住者証明書 □ 身体障がい者手帳　□ その他（　　） □ 健康保険被保険者証　□ 年金手帳　□ 年金証書　□ 介護保険被保険者証 □ 生活保護受給証明書　□ 雇用保険受給資格者証　□ その他（　　） ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの			
受付者	氏名表示	入力 ・ 確認		
	□ 表示 □ 非表示	□ 保険料 □ 賦課　／ □ 収納　／	□ 認定 ／	□ 給付 ／
後期申請	□ 有（⇒ □ 委任状　、□ コピー ）　□ 無			