

記入例

介護保険・高齢者福祉サービス関係書類 送付先変更・解除

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9		
	フリガナ	チョウジュ タロウ	生年月日	明・大・昭 8年 4月 1日
	氏名	長寿 太郎	性別	男 ・ 女
	住所	〒448-8501 電話番号(0566)62-1013 刈谷市東陽町1丁目1番地		

送 付 先 の 情 報	氏名	長寿 一郎	本人との関係	長 男
	住所	〒000-0000 電話番号(XXXX)XX-XXXX △△市△△町1丁目1番地		
	郵便物の宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 上記送付先氏名のとおり		
<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す				

上記

送付

- 1
- 2
- 3

被保険者本人の場合

⇒ 長寿一郎 様方 長寿太郎 様 宛てでお送りします。

上記送付先氏名のとおり

⇒ (長寿太郎様の表示はなく) 長寿一郎 様 宛てでお送りします。

刈谷市が適

刈谷市長

令和●●年●●月●●日

届出者 被保険者と同じ 送付先と同じ

届出者が被保険者又は送付先設定者の場合、レ点のみで結構です。

住 所

氏 名

提出時は本人確認書類（1点または2点、下記参照）を確認させていただきます。
郵送の場合は本人確認書類の写しを添付してください。

※処理欄

1点でいいもの

マイナンバーカード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・身体障害者手帳・在留カード
介護支援専門員証・その他（ ）

2点必要なもの

介護保険証・負担割合証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・キャッシュカード・預貯金通帳
クレジットカード・社員証・その他（ ）

宛名確認	被保険者本人 ・ 送付先氏名	受付担当者	
備考欄	介護保険		
	福祉サービス		