

介護保険・高齢者福祉サービス関係書類 送付先変更・解除依頼届

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号	0 0 0 0 0			
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒 -		電話番号 ()	-

送 付 先 の 情 報	氏名			本人との関係	
	住所	〒 -		電話番号 ()	-
	郵便物の宛名	<input 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					

上記のとおり送付先の変更を依頼します。

送付先変更を依頼するにあたり、以下のことを誓約します。

- 1 内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- 2 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、または連絡がとれなくなった場合は、刈谷市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- 3 この届出に関するすべての責は届出者により負います。

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

住所 _____

氏名 _____

本人との関係 _____

電話番号 () _____

※処理欄

届 出 者 確 認	1点必要	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	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	