介護保険に係る送付先変更（ 新規 ・ 変更 ・ 解除 ）申出書

被保険者 氏　　名	男 ・ 女	被保険者番号	
		生 年 月 日	大 ・ 昭　　年　　月　　日生
住　　所			

☐ 新 規 ※初めて送付先を変更する場合	理由を選択してください。	☐ 施設入所・入院により住民登録地に不在のため ☐ 郵便物の管理が困難なため ☐ その他 （　　）		
	住 所	〒 （　　様方）		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄	
	氏 名		連絡先電話番号	自宅 携帯

☐ 変 更 ※以前提出した申出書の内容を変更する場合	理由を選択してください。	☐ 送付先人を変更したいため ☐ 送付先人が住所変更したため ☐ その他 （　　）		
	住 所	〒 （　　様方）		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄	
	氏 名		連絡先電話番号	自宅 携帯

☐ 解 除	理由を選択してください。	☐ 住民登録地で郵便物の管理が可能となったため ☐ その他 （　　） ※送付先変更を解除した場合は、住民登録地へ送付します。
送付先を変更する帳票		☐ 介護保険の資格、認定、給付に関する通知（長寿課担当） ☐ 介護保険料に関する通知（税務課担当）
適用年月日		令和　　年　　月　　日　から

申 出 者

白石市長 様

上記のとおり、送付先の変更を申し出ます。
なお、この申出書の内容について、被保険者並びに変更後の送付先人に説明済みであり、この申出書の提出によって問題が生じた場合、申出者である私が責任を負うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

（申出者）

☐ 本人 （被保険者）　　☐ 代理人 （本人との続柄:　　）

氏 名

住 所

連絡先電話番号
（　　）

※申出者が本人、家族、成年後見人、保佐人、補助人以外場合、委任状が必要です。
※申出書の提出には、申出者の本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)の提示が必要です。
※申出者が成年後見人、保佐人、補助人の場合、登記事項証明書（写し可）を添付してください。

【白石市処理欄】

申出者確認	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他（　　）			受付方法	窓口受付 ・ 郵送受付
処 理 日	令和　　年　　月　　日	システム入力	未 ・ 済	税務課送付	未 ・ 済 ・ 不要

（2019．5．1改正）