

# 送付先変更届

令和 年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 被保険者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次の被保険者に関する介護保険関係書類の送付先変更をお願いします。

被 保 険 者	被保険者番号											
	個人番号											
	住所											
	氏名						性別	男・女				
	生年月日	明治・大正・昭和		年		月		日				
	電話番号						介護認定	無・有( )				
送 付 先	住所	〒 _____										
	氏名											
	被保険者との続柄											
	電話番号											
(変更を希望する書類) 1 被保険者証・介護認定給付関係書類 2 介護保険料関係書類												
(変更理由) <input type="checkbox"/> 本人名を宛名に記載しない (本人名で送付すると紛失の恐れがある場合等)												

\* 介護保険関係書類の送付先変更届を上記申請者に委任します。

委任者 住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

代筆者 住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ (続柄)

代筆の理由: \_\_\_\_\_

◎ 委任状の偽造または偽造した委任状を行使したときは、刑法第159条、第161条により罰せられます。

受付	入力	介護認定給付係	チェック

情報連携承認  
 本人確認  
 (免・パ・住・その他)