介護保険被保険者証等送付先登録申請書

下野市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

下記のとおり、介護保険制度に関する通知等の送付先の変更を申請いたします。申請にあたり、被保険者本人（本人の意思確認が不能の場合は、家族または本人の意思を代理できる者）の了解を受けています。

本申請について諸問題が発生した場合、申請者が責任をもって対処することを了承します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | 　　 | 被保険者との関係 |  |
| 申　請　者　氏　名 |  |
| 申請者住所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　　　　　（　　　　） |
| 送付先（新規・変更・解除） | 宛　　先 | [ ] 申請者と同じ |
| 〒 |
| フリガナ |  | 被保険者との関 係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電　話　番　号 | （　　　　） |
| 申請理由 | [ ] 被保険者本人による書類管理が困難なため（入院・施設入所・判断能力低下・成年後見人等含む）[ ] 上記の送付先に滞在しているため[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |
| 送付先を変更する書　　　　　　類 | [x] 介護保険等に関する高齢福祉課からの書類[ ] 介護保険料に関する税務課からの書類 |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
| **【　委　任　状　】（被保険者本人以外の申請の場合記入）**下野市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日委任者（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　※本人が自署できない場合は代筆可　　　 　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　）私（被保険者）は、上記申請者を代理人と定め、送付先に関する権限を委任します。 |

※送付先を再変更する場合や変更の必要がなくなった場合は、再度お手続きが必要です。

※郵送で申請の場合は、申請者本人の確認書類（運転免許証、保険証等）の写しの添付が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 市記入欄 | 申請者確認 ：[ ] 運転免許証　　　[ ] 健康保険証　　　[ ] その他(　　　　　　　　)　　システム入力：[ ] 済 |