

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
本人（本人の意思確認が不能の場合は、家族ま
本申請について諸問題が発生した場合、申請

申請者の氏名、住所等を記入
して下さい。

申請にあたり、被保険者
の了解を受けています。
了承します。

フリガナ	シモツケ タロウ	被保険者との 関係	夫
申請者氏名	下野 太郎		
申請者住所	〒123-4567 栃木県下野市〇〇1234 番地		
電話番号	0285(12)3456		

介護認定を受けているご本人様
の氏名、住所等を記入して下
さい。

被保険者番号	123456	生年月日	〇年 〇月 〇日
フリガナ	シモツケ ハナコ		
被保険者氏名	下野 花子		
被保険者住所	〒123-4567 栃木県下野市〇〇1234 番地		
電話番号	0285()		
送付先 (新)	宛先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	〒		

上記の申請者と同じ場合は✓を
入れて下さい。
違う場合は送付先の氏名、住所
等を記入して下さい。

該当理由に✓を入れて
下さい。

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人による書類管理が困難な (入院・施設入所・判断能力低下・成年 <input type="checkbox"/> 上記の送付先に滞在しているため <input type="checkbox"/> その他 ()	被保険者との 関係	
送付先を変更する 書類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険等に関する高齢福祉課からの書類 <input type="checkbox"/> 介護保険料に関する税務課からの書類		
備考			

介護保険料に関する書類も送
付先を変更する場合は、✓を
入れて下さい。希望しない場合
は、✓は不要です。(ご本人様
宛てにお送りいたします。)

委任状の記入をお願
いいたします。

【 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

申請者の身分証明書の提示が
必要になります。郵送の場合
は、写しを添付して下さい。

氏名 _____ ※本人が自署できない場合は代筆可
者氏名 _____ (続柄：)
代理人と定め、送付先に関する権限を委任します。
なくなくなった場合は、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： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
	システム入力： <input type="checkbox"/> 済