介護保険送付先（設定・変更・解除）申出書

被保険者	被保険者番号		0	0	0	0	0					
	住 所	〒										
	氏 名					電話番号	（　　）					
送 付 先	住 所	〒										
	氏 名					電話番号	（　　）					
設定期間	1．期間を設定する（その期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） 2．期間を設定しない（解除の申し出をするまで送付先の設定を希望）											
届出理由	本人の希望・家族の希望 その他（　　）											

知立市長　殿

令和　　年　　月　　日

上記のとおり申し出ます。
送付先の設定等をするにあたり、以下のことを誓約します。

- 申出内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- 申出後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、適宜、申出内容の解除を了承します。
- この申出に関するすべての責は申出者により負います。（介護支援専門員等による申出の場合は被保険者の同意によるものとみなします。）

申出者
（記入者・窓口に来た人）

住　　所

氏　　名

被保険者との続柄

電　　話

※処理欄

申出者確認	いずれか1点	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・介護支援専門員証 その他（　　）
	いずれか2点	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード 預金通帳・クレジットカード・社員証 その他（　　）

受付担当者		入力日		解除入力日	

（2019.7）