

多可町介護保険関係書類送付先（登録・変更）申請書兼終了届書

多可町長 様

次のとおり介護保険関係書類の送付先の（登録 変更 終了）を申請（届出）します。

なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、多可町には一切迷惑をかけないことを確約します。

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請・届出いたします。

申 請 日	年 月 日	申請者等 確認書類	運転免許証・旅券・その他（ ） 介護保険被保険者証
申 請 者 氏 名		被保険者 との続柄	
申 請 者 住 所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 家族が管理するため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
開 始 日	年 月 日から	※遡及不可	
書 類 区 分 (<input type="checkbox"/> にレ印を してくださ い)	<input type="checkbox"/> 介護保険に関するすべての書類		
	※ 特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は、以下にレ印をしてください。 <input type="checkbox"/> 介護保険料に関する書類 <input type="checkbox"/> 介護保険給付に関する書類 <input type="checkbox"/> 利用者減免に関する書類 <input type="checkbox"/> 認定に関する書類		

被 保 険 者	被保険者番号	3 6 5	性別	男 ・ 女
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・(西暦) 年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 ー 多可郡多可町 電話番号（ ） ー		

変 更 送 付 先	フリガナ		<input type="checkbox"/> 介護保険料宛名に被保険者氏名を表示しない。 ※下記参照
	氏 名		
	住 所	〒 ー <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ（申請者と送付先が異なる場合は記載） 電話番号（ ） ー	

※介護保険料の宛名は原則被保険者本人です。ただし、特別な事情がある場合に限り、宛名に被保険者氏名を表示させないことができます。

以下町記入欄

※保険者記入欄	受付日	年 月 日	受付者	
	システム入力日	年 月 日	入力者	
備 考				