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  年月日 | | 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 | | 〒　　　 －  電話番号 （　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | □　家族が管理するため  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開始日 | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | | | | | ※遡及不可 | | | | | |
| 書類区分  （□にレ印をしてください） | | □　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。  □　介護保険料に関する書類  □　介護保険給付に関する書類  □　利用者減免に関する書類  □　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 | | 〒　　　 －  多可郡多可町  電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更送付先 | フリガナ |  | | | | | | | | | | □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 | 〒　　　 －　　　　　　□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（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |