介護保険 送付先（変更・取消）申出書

令和 6 年 11 月 1 日

熊本市長 宛

介護保険に関する書類の送付先について、次のとおり申し出ます。なお、この申し出にあたり、被保険者本人及びその家族等への説明をはじめ、申し出により生じた問題には、私が責任をもって対処し、貴市に迷惑を掛けないことを申し添えます。また、申し出の内容に変更がある場合は、直ちに申し出ます。

- 申出区分 変更（現在の送付先から別の送付先に変更する場合）
 取消（設定した送付先から被保険者の住民票の住所に変更する場合）

被 保 険 者	フリガナ	クマモト カイゴ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	氏名	熊本 介護	生年月日	昭和 20 年 11 月 11 日									
	住所	〒 860 - 8601 熊本市中央区手取本町1-1 電話番号 (096) 328 - 2347											

申 出 者	☐ 以下、被保険者に同じ			
	氏名	肥後 六花	被保険者との関係	娘
	住所	〒 860 - 5292 熊本市西区小島2-7-1 電話番号 (096) 329 - 5403		

送 付 先	☒ 以下、申出者に同じ		
	住所 (方書)	〒 - ※建物名、居室番号までご記載ください。 電話番号 () -	
	氏名	被保険者との関係	
申出の理由	1 施設入所・入院等により現住所に不在 2 郵便物の管理が困難 ③ 一時的に家族のもとで生活 4 被保険者が死亡 5 その他 ()		☒ 被保険者の承諾済 ☒ 送付先対象者の承諾済 ※承諾がない場合、受付できません。 ※本人死亡の場合、被保険者の承諾は不要です。

※注意：介護保険に関するすべての書類が送付されます。(住民票を異動しても、送付先は変更されません。)

【申出者：本人確認書類】

- 1点：□個人番号カード □運転免許証 □CM資格証 □障害手帳 □その他 ()
2点：□被保者証 □負担割合証 □健康保険証 □通帳 □包括委託証明 □その他 ()
※その他：官公署発行の顔写真、氏名、生年月日又は住所が記載された書類

出張所受付印	出張所受付者	区受付印	区受付者	入力日	入力者	確認者