（様式第１号）

介護保険各種通知送付先依頼申出書

記載例

宇都宮市長　あて

申出日　令和　○年　○月　○日

被保険者

申請区分：（新規）　変更　解除　（いずれかに○）

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6

生年月日　大正・（昭和）　年　9月　1日

（解除）既に送付先変更の設定をしており，退院・退所等で現住所に戻す際の申請区分になります。

住所　〒３２０－８５４０
宇都宮市旭１－１－５

氏名　宇都宮　太郎

（　028-632-2222　）

送付先

住所　〒○○○－○○○○　（TEL○○○－○○○○－○○○○）

○○県○○市○○町○○番地

（※申請区分が解除の場合は解除する送付先住所をご記入ください。）

送付先世帯主等氏名	介護　花子	被保険者との続柄	子

宛名に被保険者の名前表示：☐ 希望しない

※希望しないにチェックを入れた場合，通知は上記の送付先世帯主等氏名のみ表示されます。

送付先申出理由

（1）介護保険施設等に入所・入院したので，居宅が不在になるため。

2 心身の状況により各種通知の受領が困難であるため。

3 その他（　　）

送付先変更する書類

（1）.要介護，要支援認定結果通知等（2）.介護保険負担割合証（3）.保険料各種通知（介護保険料納入通知，納付書等）

・上記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を変更することを申し出ます。申し出にあたり，被保険者本人（本人の意思確認が困難な場合は家族又は本人の意思を代理できる者）の了承を受けています。

・本申し出により発生する諸問題は，申出人が責任をもって対処することを了承します。なお，送付先を再変更する場合や解除したい場合には，その旨を速やかに申し出ます。

・設定した送付先について，郵便物の不着等その他理由により，市の判断によって事前・事後の通知なく終了させる場合があることを了承します。

申出人住所　〒　○○○－○○○○
宇都宮市○○町○○番地○○

電話番号　○○○－○○○○－○○○○

申出人氏名　介護　花子

被保険者との関係　子

委任欄

私は，介護保険各種通知送付先依頼申出書に関する一切の権限を上記申出人に委任します。令和　○　年　○　月　○　日

被保険者（委任者）氏名

宇都宮　太郎　（自署）

※申出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者の署名をしてください。委任欄の自署が困難な場合には，代わるものとして，健康保険証など，官公署等から委任者（被保険者）に対し一に発行・発給された書類等を持参して下さい。委任者（被保険者）と住民票上，同一世帯の方による申し出の場合は，委任欄の記載は不要です。

【保険者処理欄】

受　付	申請者の本人確認	入　力		入力年月日	備　考
	□運転免許証 □CM 資格者証 □その他（　　）	認定		年　月　日	
		介保		年　月　日	