

介護保険各種通知送付先依頼申出書

被 保 険 者	番 号										生 年 月 日	
	フリガナ										明・大・昭 年 月 日	
	氏 名											
	住 所	〒 TEL										
送 付 先	住 所	〒 TEL										
	送付先 世帯主等 氏名						被保険者 との 続柄					
	<input type="checkbox"/>	宛名に被保険者の名前の表示を希望しない場合はチェックを入れる。 * 基本的に、通知は被保険者宛に送付します。ここにチェックを入れた場合、通知には上記された送付先世帯主等氏名のみ表示されます。										
送付先住所を 申出の理由 (いずれかに○)	1 介護保険施設等に入所・入院したため、居宅が不在となるため。 2 心身の状況等により各種通知の受領が困難であるため。 3 ()											
申出する書類 等(○をつける)	1 要介護, 要支援認定結果通知等 2 介護保険料納付書等 3 介護保険負担割合証											

私は、上記理由により、上記送付先住所及び送付先氏名の者に対し、介護保険の要介護等認定に係る一切の通知の受領に関する権限を委任しましたので申出ます。

なお、送付先住所等を変更及び廃止した時は、別途申出ます。

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

被保険者 住 所
氏 名

(被保険者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署してください)

【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
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券	認定	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他()	介保	年 月 日	

