

介護保険にかかる通知書等の送付先変更申請書

令和 年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号								生年月日	明治・大正・昭和		
	フリガナ									年	月	日
	氏名								性別	男 ・ 女		
	住民登録地	〒 電話番号 ( )								住所		
	施設・病院へ 入院している 場合のみ記入	施設・病院名										
所在地等		〒 電話番号							住所			

これからの送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先を住民登録地へ戻す場合は、記入の必要はありません。(注 送付先となる方の了承を得てください。)

送 付 先 設 定 欄	施設・病院等を 送付先とする 場合	施設・病院名							
		所在地等	〒 電話番号 住所						
	居所または親 族の住所等を 送付先とする 場合	世帯主等氏名							
		送付先住所等	〒 電話番号 住所						

申請理由							
------	--	--	--	--	--	--	--

申 請 者	フリガナ								生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	氏名	印								年	月	日
	住所等	〒 電話番号							住所			
	被保険者との 続柄											
	居宅介護支援事 業者・介護保険 施設の職員の場合 は事業所名等	事業所名								事業所印		
所在地		〒 電話番号										

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

被保険者本人の 同意欄	被保険者本人署名	印
同意が得られない 場合の理由		

記入例 1

介護保険にかかる通知書等の送付先変更申請書

市町  
受付印

平成 年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

窓口に提出された日を必ず記入

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	1   2   3   4   5   6   7   8   9   0	明治・大正・昭和	
	フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	
	氏名	介 護 太 郎	12年 3月 4日	
			性別	男・女
	住民登録地	〒843-0024 電話番号(0954-20-1588) 住所 武雄市武雄町大字富岡8481番地1		
施設・病院へ 入院している 場合のみ記入	施設・病院名	特別養護老人ホーム 厚生労働園		
	所在地等	〒100-8916 電話番号03-1234-1111 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2		

これからの送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先を住民登録地へ戻す場合は、記入の必要はありません。(送付先となる方の了承を得てください。)

送 付 先 設 定 欄	施設・病院等を 送付先とする 場合	施設・病院名	特別養護老人ホーム 厚生労働園
		所在地等	〒100-8916 電話番号03-1234-1111 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2
	居所または親 族の住所等を 送付先とする 場合	世帯主等氏名	
		送付先住所等	〒 電話番号 なるべく具体的に。 例 × 病院入院の為 ○ 病院入院により、家 に誰もいない。

申請理由	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○のため
------	-----------------------------------

認印を押印

申 請 者	フリガナ	カイゴ ハナコ	明治・大正・昭和・平成
	氏名	介 護 花 子 印	生年月日
			20年 8月 15日
	住所等	〒840-8570 電話番号0952-24-2111 住所 佐賀市城内1丁目1番59号	
	被保険者との 続柄	子	
	居宅介護支援事 業者・介護保険 施設の職員の場合 は事業所名等	事業所名	事業所印
		〒 電話番号	
	所在地		

被保険者本人の同意が得られない場合は、その理由を必ず具体的に記入すること。

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

被保険者本人の 同意欄	被保険者本人署名
同意が得られない 場合の理由	被保険者本人が○○○○○○○○○○のため同意が得られません。

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

平成 年 月 日

市町  
受付印

窓口に提出された日を記入

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	生年月日	明治・大正・昭和
	フリガナ	カイゴ タロウ		12年 3月 4日
	氏名	介 護 太 郎	性別	男・女
	住民登録地	〒843-0024 電話番号(0954-20-1588)		
		住所 武雄市武雄町大字富岡8481番地1		
施設・病院へ 入院している 場合のみ記入	施設・病院名	特別養護老人ホーム 厚生労働園		
	所在地等	〒100-8916 電話番号03-1234-1111 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2		

これからの送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先を住民登録地へ戻す場合は、記入の必要はありません。(送付先となる方の了承を得てください。)

送 付 先 設 定 欄	施設・病院等を送付先とする場合	施設・病院名	特別養護老人ホーム 厚生労働園
		所在地等	〒100-8916 電話番号03-1234-1111 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2
	居所または親族の住所等を送付先とする場合	世帯主等氏名	
		送付先住所等	〒 電話番号 住所

申請理由	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○のため
------	-----------------------------------

申 請 者	フリガナ	タケオ ハナコ	生年月日	明治・大正・昭和・平成
	氏名	武 雄 花 子 印		30年 8月 15日
	住所等	〒 電話番号 住所		
	被保険者との続柄	入所施設職員		
	居宅介護支援事業者・介護保険施設の職員の場合には事業所名等	事業所名 特別養護老人ホーム 厚生労働園	事業所印	
	〒100-8916 電話番号03-1234-1111 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2			

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

被保険者本人の同意欄	被保険者本人署名 介 護 太 郎	印
同意が得られない場合の理由		