|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

介護保険用送付先変更届

|  |  |
| --- | --- |
| 宇土市長　様 | 申請日　令和　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | 　 | 続柄 |  |
| 申 請 者　住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
|  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 大正　　　年 　　月 　日昭和 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 宇土市　　　　　町　　　　　番地　 |
| 送　付　先　変　更　希　望　記　入　欄 |
| 送付先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者住所と同じ（　　　　　　　　様方） |
| 運用期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 変更理由（以下の項目で該当するものに○をお願いします） |
| １　現住所地に本人が不在のため２　病院や施設に入所中のため３　本人の代わりに金銭等の管理をしているため４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※この申請で、**被保険者証、認定申請書、介護保険料、高額介護サービス等介護保険に係る全ての書類**　の送付先が変更されます。

※記入方法等わからないことがありましたら、下記までお問い合わせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 | AC入力 |  | 【問い合わせ先】宇土市役所　高齢者支援課　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：０９６４－２２－１１１１（代表）　 |
|  | ／入力スミ |  |