|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |