

送 付 先 申 出 書 (介護保険課)

年 月 日

習志野市介護保険課 あて

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 被保険者との関係 _____

当該被保険者に対する介護保険関係書類につき、下記の送付先住所に送っていただくよう申し出ます。なお、この送付先申出に関する事項は、被保険者(又はその関係者)並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は申請者である私が負うことに同意します。

また、送付先住所への郵便物が不着となり、市役所へ返戻された場合は、申請者の同意なく送付先を削除することに同意します。

被 保 険 者	フリガナ			
	被保険者氏名			
	住所			
	被保険者番号			
	生年月日	M ・ T ・ S	年	月 日
	電話番号			
送 付 先	住所	〒 —		
	フリガナ		被 保 険 者 と の 関 係	
	氏名			
	電話番号			
申出理由				
<情報提供について>この送付先申出について、下記で選択した所管課で取り扱うことに同意します。(希望する番号に○をしてください。)				
1. 市県民税 2. 固定資産税・都市計画税 3. 軽自動車税 4. 国民健康保険(納入通知書・被保険者証) 5. 後期高齢者医療				

<注意事項>

当課では個人情報の保護に関する法律第69条第2項の規定に基づき、ご本人様からの同意を基に他の所管課への情報提供を実施しております。変更希望に漏れがございますと希望漏れの科目については送付先が変更されず、改めて申出書をご提出いただく必要がございます。恐れ入りますが、選択した科目について漏れがないか提出前に今一度ご確認をお願いいたします。

また、申請の際は、申請者の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・健康保険証等)の提示が必要です。(成年後見人の場合は登記事項証明書も提示が必要です。)郵送にて申請する場合は、コピーを同封してください。なお、提示がない場合は受付いたしかねますので、予めご了承ください。

<市記入欄>

課長	係長	係長	係長	担当

身分確認 免・保・社・他()

システム入力	
エクセル入力	
エクセルロック	
コピー 市・資・税・国・後・債	