

送付先申出書(介護保険課専用)

年 月 日

習志野市介護保険課 宛て

申請者	氏 名	
	住 所	
	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いて、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、この送付先申出の内容は、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、習志野市介護保険課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	大正・昭和	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				

【注意事項】

申請には、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、本人確認書類の写しをご同封ください。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。

…介護保険課記入欄……

本人 確認	写真あり	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・他()	委任状
	写真なし	資格確認書・年金手帳・年金証書・他()	有・無

課長	係長	係長	係長	担当

システム入力	
エクセル入力・ロック	