

記入例

送付先申出書 (介護保険課)

〇年 〇月 〇日

習志野市介護保険課 あて

申請者 住所 習志野市津田沼5-12-4
氏名 習志野 花子
電話番号 047-453-7345
被保険者との関係 子

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上げます。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	ナラシノ タロウ		
	被保険者氏名	習志野 太郎		
	住所	習志野市鷺沼1-1-1		
	被保険者番号	0000123456		
	生年月日	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S	〇年	〇月 〇日
	電話番号	047-451-1151		
送 付 先	住所	〒 275-0016 習志野市津田沼5-12-4		
	フリガナ	ナラシノ ハナコ	被保険者 との関係	子
	氏名	習志野 花子		
	電話番号	047-453-7345		
申出理由		書類の管理ができない など		
<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。(希望する番号に〇をしてください。)				
1. <input checked="" type="radio"/> 市県民税 2. <input type="radio"/> 固定資産税・都市計画税 3. <input type="radio"/> 軽自動車税 4. <input type="radio"/> 国民健康保険(納入通知書・被保険者証) 5. <input type="radio"/> 後期高齢者医療				

<注意事項>
当課では、
の所管課への
送付先が変更
について漏れが
また、申請の
等)の提示が必
合は、コピーを

希望するものがありましたら、
〇をつけてください。

養に関する法律第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
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
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
前に今一度ご確認をお願いいたします。
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
(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
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	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	