

介護保険関係郵送物についての送付先申請書

野々市市長 宛

令和 年 月 日

申 請 者

〒 -

住所 _____

氏名 _____

被保険者との続柄 (_____)

電話番号 () - _____

被保険者本人（意思疎通が困難な場合は親族等）の同意のもと、郵送物の送付先の変更を申請します。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----|-------|--|
| 郵送を希望する送付先 | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | | 電話番号 () - | | | | | | | | |
| 申 請 理 由 | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 大 正 ・ 昭 和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | |

市記入欄

| | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身元確認 (申請者) | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 被保険者証(介・国・後・他) <input type="checkbox"/> その他() |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|