

様式 1

介護保険 送付先住所(設定・変更・解除)申出書

(あて先) 仙台市区長

介護保険に関する書類の送付先について、次のとおり申し出いたします。なお、この申し出に係る関係者への説明は、私が責任を持って行い、仙台市に対して一切迷惑をかけることを申し添えます。

被 保 険 者	番 号		申出年月日	令和	年	月	日
	氏 名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女
	住 所	〒					
				電話	()		

申 出 者	氏 名		被 保 険 者 本人との関係	
	住 所	〒		
			電話	()
送 付 先	フリガナ		被 保 険 者 本人との関係	
	氏 名			
	住 所	〒		
			電話	()
変 更 ・ 解 除 理 由		変更前送付先 対象者との調整	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 「未」の場合は調整後に提出してください。	
送 付 先 住 所 設 定 理 由 (該当するものに○)	1 施設入所・入院により現住所に不在 2 郵便物の管理が困難 3 一時的に家族等のもとで生活 4 本人死亡のため 5 その他 (_____)			
適 用 日	令和 年 月 日から			

この申出を行うにあたっては、裏面に記載されている事項に同意します

被保険者氏名 _____

※ 申出には、申出者の本人確認書類の提示（運転免許証、健康保険証等）が必要です。

※ 家族以外の代理の方が申し出される場合は委任状が必要です。

※ 申出者が成年後見人、保佐人、補助人の場合、登記事項証明書の写しを添付してください。

備考	決 裁 欄			収受
	課 長	係 長	係 員	
【申出者確認方法】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

同意する事項

仙台市区役所戸籍住民課，宮城総合支所戸籍住民課および秋保総合支所税務住民課（以下，「戸籍住民課等」という。）が行う住民登録地における居住の実態調査に必要なときは，私が届出た送付先住所設定申出書に記載された情報を住民登録地の戸籍住民課等の職員に対し提供すること