

# 介護保険関係書類の送付先 設定・解除・変更 届出書

令和 年 月 日

宇治市長 あて

宇治市からの介護保険関係書類の送付先を、下記の理由により 設定・解除・変更 してください。  
 本届出書の内容は、真正なものであり虚偽又は不正な内容を含んでいません。また、本届出書の内容に変更があったときは、速やかに届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0							生年月日	年 月 日	
	フリガナ										
	氏 名								印	電話番号	
	住 所	〒									

※郵送で申請をされる場合は、**申請者の本人確認証（運転免許証等）の写しを添付**してください。  
 該当する口に印をつけ、②であれば必要事項をご記入ください。

申 請 者 （ 受 任 者 ）	<input type="checkbox"/> ① 被保険者（本人）が申請します。被保険者が申請する場合は、申請者（受任者）欄の記入は不要です。 <input type="checkbox"/> ② 被保険者（本人）以外が申請します。										
	被保険者との続柄									生年月日	年 月 日
	フリガナ										
	氏 名								印	電話番号	
	住 所	〒									

該当する口に印をつけ、2であれば必要事項をご記入ください。

送 付 先	<input type="checkbox"/> 1 申請者（受任者）の住所に設定を希望します。（方書に、氏名が記載されます。） <input type="checkbox"/> 2 下記住所に設定を希望します。											
	住所	〒									（ 様方）	
	被保険者との続柄									電話番号		

理由をできるだけ具体的にご記入ください。

理 由	
-----	--

市記入欄 上記のとおり、介護保険関係書類の送付先を、設定・変更または解除してよろしいか伺います。

受付印	受付者	入力者	入力日	決 裁			備 考
				課長	係長	担当	

※申請者確認  
運転免許証  
保険証（介護・後期・国保・社保）  
その他（ ）