

## 介護保険関係書類送付先登録申請書

(宛先) 箕面市長

次のとおり、介護保険関係書類送付先の登録を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 - 電話番号	
申請理由		
書類区分 (□にレ印をしてください)	<input type="checkbox"/> 介護保険に関するすべての書類 *特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 <input type="checkbox"/> 受給者関係書類 (認定結果通知書、介護保険被保険者証 等) <input type="checkbox"/> 納付関係書類 (介護保険料納付書 等) <input type="checkbox"/> 給付関係書類	

被 保 険 者	被保険者番号	0 0	性別	
	フリガナ			生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 - 電話番号		

□	登 録 送 付 先	フリガナ		被保険者との関係
	氏名			
	住所	〒 - 電話番号		
□	解 除 送 付 先 登 録	既に申請により登録している送付先を解除します。		

添付書類等

- 申請者が本人の場合…本人確認資料(運転免許証・パスポート等)
- 申請者が成年後見人の場合…成年後見にかかる登記事項証明書(法務局発行のもの)  
及び申請者の本人確認資料
- 申請者が代理人の場合…被保険者及び申請者の本人確認資料  
被保険者の委任状(裏面)

※送付先が申請者の住所以外の場合は申請者の本人確認資料及び受取人の本人確認資料が必要です。

年 月 日

## 委 任 状

(宛先) 箕面市長

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(被保険者番号: \_\_\_\_\_)

私は、下記のことを代理人と定め、介護保険書類の送付先登録に関する  
一切の権限を委任します。

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_