介護保険関連通知　送付先変更申出書

区分（新規　変更　終了）

（宛先）
戸田市長

年　月　日

被保険者	被保険者番号	1	0	0	0							
	フリガナ										生年月日	
	氏　名										明・大・昭　年　月　日	
	住　所	〒										

上記被保険者の介護保険のすべての書類について、下記「送付先住所」へ送付してください。

この申し出にあたり、被保険者本人およびその家族、ならびにその他の関係者へ説明は私が責任をもって行い、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。なお、申し出の内容に変更がある場合には、直ちに申し出ます。また、送付先は、市が処理をした日より変更（終了）となることについて了承しました。

申出者	フリガナ		電話番号	（　　）
	氏　名		続柄	
	住　所	〒		
送付先	【 □申出者　／　□被保険者 】に同じ			
	フリガナ		電話番号	（　　）
	氏　名		続柄	
	住　所	〒		
変更理由	１：入院・退院又は施設入所・退所のため ２：書類の管理が困難であるため ３：一時的に住民票の住所ではないところに居住しているため ４：本人死亡のため ５：成年後見人・保佐人・補助人等を受取人とするため ６：その他（　　）			
添付書類	□ **被保険者確認書類（被保険者証等）** □ **送付先確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・被保険者証・住民票等）** □ 申出者確認書類　※申出者と変更後送付先が異なる場合 □ 終了の場合は添付書類不要			

※送付先に発送した文書等が届かず返戻となった場合には、送付先設定を解除する場合があります。

【市処理欄】

課長	主幹	副主幹	担当