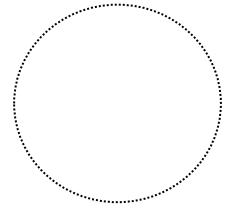


介護保険送付先届



(提出先) 大阪市長

		年 月 日	
届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒		
電話番号	()	※届出に関してお問い合わせをする場合がありますので必ずご記入ください	

- ・届出人が被保険者本人及び成年後見人以外の場合は下段に被保険者本人の同意が必要です
- ・届出人が成年後見人の場合は、登記事項証明書及び届出人となる方の公的機関が発行する身分証明書(運転免許証等)の写しを添付してください。

次のとおり介護保険にかかる書類の送付先を届出します。

記

被保険者番号									
被保険者氏名									
被保険者住所									
届出の内容	<input type="checkbox"/> 新規 (初めて届出をする場合) <input type="checkbox"/> 変更 (現在設定されている送付先を別の送付先に変更する場合) <input type="checkbox"/> 削除 (送付先設定を削除して住民票の登録地に送付する場合)								
設定する書類	<input type="checkbox"/> 収納 (決定通知書や納付書など介護保険料に関する書類) <input type="checkbox"/> 給付 (介護サービスをご利用された場合などの保険給付に関する書類) <input type="checkbox"/> 認定 (介護認定結果通知など介護保険の認定に関する書類)								
送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ 〒								
送付先の方書	※送付先の世帯主など宛名を記入してください						被保険者との関係		
連絡先電話番号	()								
届出の理由									
被保険者同意欄 (被保険者氏名・印)	※届出人が被保険者本人及び成年後見人の場合は同意は不要です <div style="text-align: center;">印</div>								

課長	課長代理	担当係長	係員	入力
				/