

送付先変更申出書（介護保険関係）

令和 年 月 日

（あて先）加賀市長

申出人氏名： _____（自署）
※ 必ず、申出人の自署で記入してください。
住 所： _____
電 話 番 号： _____
対象者との関係（ _____ ）

※申出人が記入できない場合は、代筆者氏名を下記に記入してください。
代筆者氏名（ _____ ）

【送付先変更対象者】

カガナ 氏名	被保険者番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	生年月日	明・大・昭	年	月	日				
現住所	_____								

【申出の理由】

【送付先の変更を希望する送付物】 該当する番号に○をつけてください。

- 「要介護認定等結果通知（延期通知）書」および「介護保険被保険者証」
- 「負担割合証」
- 「介護保険標準負担額減額決定通知書」および
「介護保険標準負担額減額認定証」（減額認定者のみ）

※健康保険（医療保険）に関するものは対象となりませんのでご注意ください

- 「高額介護（居宅支援）サービス費支給（不支給）決定通知書」
（1から4については今回の申請にかかる送付物に限る）
- 加賀市が送付するもので送付先変更対応可能な郵便物のすべて。（選挙の投票所入場券等住所地に送付しなければならないもの等一部の郵送物は変更できません）
- その他（ _____ ）

【希望する送付先】

(住所) 〒 _____
(方書)

※送付先は、原則本人宛となります。