

介護のみ  
代理人申請  
の場合

豊田市 介護保険 送付先

変更  
変更解除 申請書

受付印

事項を記入してください。□の部分は、該当するものにシ点を付けてください。

|      |   |  |  |                         |
|------|---|--|--|-------------------------|
| 申請区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 資格・認定 (被保険者証、認定結果通知、更新申請のお知らせなどの認定申請に関する書類)<br><input checked="" type="checkbox"/> 賦課・収納 (納入通知書、特別徴収通知など保険料に関する書類)<br><input checked="" type="checkbox"/> 給付 (負担割合証、支給決定通知、給付費通知など給付に関する書類) |  |  |                         |
| 被保険者 | 被保険者番号  | 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |  |                         |
|      | フリガナ  | トヨタ タロウ  |  | 生年月日                    |
|      | 氏名  | 豊田 太郎  |  | 明治・大正・昭和<br>11年 11月 11日 |
|      | 住民票住所   | 〒 471 - 8501<br>豊田市西町3-60  |  |                         |
| 受取人  | <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、送付先を住民票住所に戻す。<br><input type="checkbox"/> 裏面の後期高齢者医療の送付先と同一にする。(誓約事項を確認のうえ申請者欄をご記入ください。)   |  |  |                         |
|      | 送付先住所   | 〒 444 - 8501<br>岡崎市十王町2-9 岡崎アパート201号                             |  |                         |
|      | フリガナ  | オカザキ ハナコ   | 被保険者との関係                                     | 長女                      |
|      | 氏名  | 岡崎 花子  |  |                         |
|      | 連絡先   | 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 携帯・勤務先 ( 070 ) 7777-7777 |  |                         |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 入院中のため   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中のため |                         |
|      | <input type="checkbox"/> 自己管理不能のため  |  | <input type="checkbox"/> 相続人として              |                         |
|      | <input type="checkbox"/> 法定代理人 (成年後見人等) を受取人とするため   |  |  |                         |
|      | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  |                         |

【誓約事項】 申請するにあたり、以下の事項を確認し□にチェックしてください。

申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。

送付先

解除す

この申請

送付先

この申請

誓約事項を確認し、チェックをしてください。

豊田市長 様

申請日 令和元年 7月 7日

|              |      |  |  |              |         |
|--------------|------|--|--|--------------|---------|
| 申請者<br>(記入者) | フリガナ | フクシ ユウコ  |  | 被保険者<br>との関係 | ケアマネジャー |
|              | 氏名   | 福祉 優子  |  |              |         |
|              | 住所   | <input type="checkbox"/> 受取人に同じ <input type="checkbox"/> 本人に同じ<br>〒 471 - 0877<br>豊田市錦町1-1-1   |  |              |         |
|              | 連絡先  | <input type="checkbox"/> 受取人に同じ <input type="checkbox"/> 本人に同じ<br>自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 携帯・勤務先 ( 080 ) 8888 - 8888 |  |              |         |

|  |  |  |                             |                             |  |
|--|--|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 申請者確認  |  | 申請番号   |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書<br><input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )    |  |  |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給証 <input type="checkbox"/> 介護保険資格者証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |                             |                             |  |
| ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの  |  |  |                             |                             |  |
| 受付者  | 氏名表示   | 入力・確認  |                             |                             |  |
|  | <input type="checkbox"/> 表示<br><input type="checkbox"/> 非表示  | <input type="checkbox"/> 保険料<br><input type="checkbox"/> 賦課<br><input type="checkbox"/> 収納 | <input type="checkbox"/> 認定 | <input type="checkbox"/> 給付 |  |
| 後期申請   | <input type="checkbox"/> 有 (⇒ <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> コピー ) <input type="checkbox"/> 無 |  |                             |                             |  |