

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

項目を記入してください。□の部分は、該当するものにレ点を付けてください。

申請区分

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）

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）

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 險 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	明治・大正・昭和 11年 11月 11日
	氏名	豊田 太郎		
	住民票住所	〒 471 - 8501 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。 <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 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：

解除する  
 この申請

送付され、  
この申請に関するすべての責は申請者により負います。

豊田市長様

申請日 令和元年 7月 1日

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

申請番号

申請者確認	<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 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <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 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 保健所登録資格者証 <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 <input type="checkbox"/> 非表示	<input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納	<input type="checkbox"/> 認定 /	<input type="checkbox"/> 給付 /
後期申請	□ 有（⇒ □ 委任状 □ コピー）	□ 無		