

介護保険業務にかかる郵送物送付先住所（再変更・終了）届出書

(あて先)
枚方市長様

平成 年 月 日

次の理由により郵送物の送付先住所変更の（再変更・終了）について申し出ます。

申請者	住所		
		TEL	
	氏名		
変更を受けようとする被保険者との続柄			

申出理由（できるだけ詳しくご記入ください）

住所 (住民票での住所)	〒	—
	電話	()
被保険者名		
送付先住所	〒	—
	電話	()
送付先宛名		

誓約書

- 本申出書の内容は、真正なものであり虚偽又は不正な内容を含んでいません。
- 本申出書の申出事項に変更があったときは、変更のあった日から起算して14日以内にその旨を市長に届出します。

以上のとおり誓約するとともに、市長が誓約事項に違反があると判断した場合、送付先住所変更を元に返されることを了解します。

住所

氏名

(印)

同意書*

申出に係る住所などの情報を、庁内関係機関（国民健康保険課など）に情報提供することに同意します。

(氏名)

(印)

上記*欄については終了時は記入不要とする

事務処理欄	受付区分	処理帳票区分	備考	処理担当者
	窓口 ・ 郵送	<input type="checkbox"/> 納付管理 <input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 給付管理		