

被保険者番号

介護保険業務にかかる郵送物送付先住所変更申出書

(あて先) 枚方市長 次の理由により郵送物の送付先住所変更について申し出ます。 年 月 日

申請者	住所			
			電話	
	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 (住民票の住所)	〒	—	電話	
被保険者氏名				
送付先住所	〒	—	電話	
送付先方書(宛名)				

誓約書

1. 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。
2. 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承します。

住所

氏名

※申請者が自署してください。
自署が難しい場合は記名(代筆)押印でも可

同意書

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

氏名

※申請者が自署してください。
自署が難しい場合は記名(代筆)押印でも可

※ 同意がない場合でも、法令に規定があるものは、情報提供をする場合がありますのでご了承ください。

ここより下欄は記入しないでください

事務 処理 欄	受付区分	処理帳票区分	備 考	入力者	確認者
	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			