

被保険者番号	0	0	0																	
--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 年 月 日

次のとおり介護保険業務にかかる郵送物送付先住所(□変更・□再変更・□変更終了)について申し出ます。
(※□欄にチェックがない場合は、変更の申し出として取り扱います。)

申請者	住所	〒 -		電話	
	氏名				
変更等を受けようとする被保険者との続柄					

※申請者の身分証明書の写しの添付が必要です。

申出理由(できるだけ詳しくご記入ください。)

被保険者住所 (住民票の住所)	〒 -	電話	
被保険者氏名			
<input type="checkbox"/> 変更後の <input type="checkbox"/> 再変更後の <input type="checkbox"/> 終了する 送付先住所	〒 -	電話	
送付先方書(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承します。

住所 _____
 氏名 _____

※自署してください。
 自署が難しい場合は記名(代筆)と押印でも可。

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 _____

※自署してください。
 自署が難しい場合は記名(代筆)と押印でも可。

※ 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)	<input type="checkbox"/> 納付管理 <input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 給付管理			
郵送					