

各種關係書類送付先變更申出書

大崎上島町長 様

各種関係書類の送付先について、次のとおり申出します。なお、この申出に起因する問題については、申出者において解決することを誓約します。

[illegible]

① 対象者情報		後期高齢者医療 被保険者番号		介護保険 被保険者番号	
フリガナ			生年月日	年 月 日	
氏 名				性 別	男 ・ 女
住民票録 住 所	〒 電話番号:				

② 申出者情報

フリガナ		対 象 者 との関係	☐ 本人	☐ 親族（続柄：（ ））
氏 名			☐ 成年後見人等	☐ その他（（ ））
		電話番号		
住 所	〒 ー			

③ 送付先情報

☐ 上記の申出者を送付先とする。(この場合、下記「送付先」欄の記入は不要です。)			
フリガナ		対 象 者 との関係	☐ 親族 (続柄:) ☐ 成年後見人等 ☐ その他 ()
氏 名			電話番号
住 所	〒 ー		
送付開始日	年 月 日		

④ 送付先變更書類

☐ 町税等	☐ 全て	☐ 町県民税	☐ 固定資産税	☐ 軽自動車税	☐ 介護保険料
		☐ 国民健康保険税	☐ 後期高齢者医療保険料		☐ 収納関係
☐ 後期高齢者医療保険	☐ 全て	☐ 資格管理(保険証等)	☐ 給付管理(療養費等)		
☐ 介護保険	☐ 全て	☐ 受給者管理(保険証等)	☐ 給付実績管理(介護給付費等)		
☐ 健康福祉関係	☐ 福祉医療	☐ 障がいサービス	☐ 障害者手帳	☐ 予防接種	

※ 申出には、申出者の本人確認書類の提示(運転免許証、健康保険証等)が必要です。

※ 家族以外の代理の方が申出される場合は委任状が必要です。

※ 申出者が成年後見人、保佐人または補助人の場合は、登記事項証明書の写しの添付が必要です。

※事務 処理欄	【申出者確認方法】		確認者印	入力担当者印	入力処理日
	☐ 運転免許証	☐ 保険証			年 月 日
	☐ マイナンバーカード	☐ その他()			

※ 裏面もご確認ください