

各種関係書類送付先変更申出書

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。

届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除	申出日	年 月 日
理由	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院のため <input type="checkbox"/> 認知症等により書類の管理が困難になったため <input type="checkbox"/> 一時的に不在となるため(期間:) <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため <input type="checkbox"/> その他特段の事情()		

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	明・大・昭 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名	電話番号	
	住所	〒 - 電話番号:	

③ 送付先情報	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名	電話番号	
	住所	〒 - 電話番号:	
送付開始日	年 月 日		

④ 送付先変更書類	<input type="checkbox"/> 町税等	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 町県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 介護保険料
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 収納関係
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格管理(保険証等) <input type="checkbox"/> 給付管理(療養費等)
	<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 受給者管理(保険証等) <input type="checkbox"/> 給付実績管理(介護給付費等)

- ※ 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
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()			年 月 日

※ 裏面もご確認ください