介護保険　送付先登録申請書

	被保険者番号	氏　　名	性別	生　年　月　日
被保険者			男・女	年　月　日
住　所	（アパート・マンション名、室番号等）		電話	（　　）　－
登録事由	□ 新　規　□ 変　更　□ 取消し			
送付先	（フリガナ） （氏　名）＿＿＿＿＿＿ （住　所）〒 ＿＿＿＿＿＿ （アパート・マンション名、室番号等） ＿＿＿＿＿＿ 電　話　（　　）　－			

上記のとおり送付先登録申請します。

年　月　日

申請者　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿

□ 被保険者本人
□ 同一世帯員　（被保険者との続柄　　）
□ 代　理　人　（被保険者との続柄　　）

住　所　□ 送付先と同じ

＿＿＿＿＿＿
（アパート・マンション名、室番号等）

＿＿＿＿＿＿

電　話（　　）　－

（あて先）下田市長

確認書類	□被保険者本人 □同一世帯員 □代　理　人	□運転免許証（No.　　） □そ　の　他（　　）

申請者の本人確認書類（※）の写しを添付して下さい。

※本人確認書類・・・マイナンバーカード、運転免許証等の写真付きの本人確認書類は１点、国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証等の写真付きでない本人確認書類は２点。

同一世帯員以外の方が申請される場合は、委任状が必要です。