年　月　日

送付先（変更・解除）届

西宮市長様

介護保険に関する書類を下記の送付先に送付していただくようお願いいたします。
この送付先変更について、紛争が生じた場合は、私の責任において解決をいたします。
また、送付先の変更が不要になった場合や、内容に変更がある場合は直ちに市に連絡いたします。
なお、市が被保険者・届出人・送付先と連絡が取れなくなった場合や、虚偽の届をしていることが判明した場合は、送付先変更の取扱いを終了されても異存ありません。

被保険者	被保険者番号	0 0 0
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
本人確認資料（写真付公的証明書は１点、写真無は２点必要）		□マイナンバーカード　□運転免許証・運転経歴証明書　□障害者手帳　□住基カード □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証　□健康保険証　□医療受給者証等 □その他（　　）　証明書番号（　　）

※　送付先住所・氏名のフリガナは必ずお書きください。

送付先	フリガナ			
	住所	〒　－ 都道府県　市町村区 電話番号　（　）		
	フリガナ		本人との続柄	
	方書	様方		
	送付先変更理由	□現在の居住地　□親族が書類管理を行うため　□本人死亡のため □法定代理人が書類管理を行うため　（登記事項証明書等の添付が必要です） その他（　）		

届出人（申請人）	被保険者本人・代理人・相続人　（本人以外の場合は下記に記入して下さい）	
	氏名	（本人との続柄　）
	住所	〒　－
	電話番号	（　）
届出人（申請人）確認資料（写真付公的証明書は１点、写真無は２点必要）		□マイナンバーカード　□運転免許証・運転経歴証明書　□障害者手帳　□住基カード □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証　□健康保険証　□医療受給者証等 □その他（　　）　証明書番号（　　）

※注）マイナンバーや、医療保険の保険者番号、被保険者等記号・番号は証明書番号欄に記入しないでください。コピーを取る際には、医療保険の保険者番号、記号・番号に紙を貼る等して見えないようにした後にコピーを取ってください。

〈市使用欄〉

入力確認欄	入力者	特記事項	受付者	受付印