介護保険制度および高齢者福祉サービスにかかる通知書等送付先変更申請書 兼 誓約書

年　　月　　日

（申請先）　茨木市長

（申請者）

カナ

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（本人自筆の場合は押印不要です）

対象者（被保険者）との続柄（＿＿＿＿＿）

介護保険制度および高齢者福祉サービスにかかる通知書等を、住民基本台帳記載住所以外の希望住所に送付すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の被保険者証記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

なお、本申請の内容に変更が生じた場合は、速やかに茨木市へ届出を行います。

この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済であり、生じた問題に関する責任は、私が負うことに同意し、受け取った介護保険制度および高齢者福祉サービスにかかる通知書等について、適正に管理することを誓約します。

記

1　送付先変更を申請する被保険者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（　　－　　－　　）　生年月日＿＿＿＿年　　月　　日

2　希望する送付先（該当する方に☑）

□①新たに送付先を設定する。

住所〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　様方）

宛名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※宛名は原則被保険者名です。

電話番号　（　　－　　－　　）

□②送付先の設定を廃止する。（住民票上の住所に送付する。）

3　送付先変更を希望する理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4　送付先変更書類の種類（該当するものに☑）

□①保険料関係　□②認定関係　□③給付関係　□④高齢者福祉サービス関係

5　送付先変更の適用開始（廃止）日

＿＿年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで

※1　送付先変更は長寿介護課が提供するサービスに関係する文書に限りますので、ご注意ください。

※2　再度、送付先を変更する場合は、再申請してください。

確認	確認

◆市記入欄（こちらは記入しないでください）
マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・その他（　　）

受付印

受付者：