

介 護 保 険 関 係 書 類 送 付 先

- 依 頼 申 立 書 (新規に設定する場合)
 変 更 依 頼 申 立 書 (前回申立した送付先を変更する場合)
 取 消 申 立 書 (送付先の設定を取消す場合)

| | |
|---|--|
| 被 保 険 者 証 番 号 | |
| 被 保 険 者 住 所 | 西東京市 |
| 被 保 険 者 氏 名 | |
| 送 付 先 理 由 | <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> |
| 送 付 先 住 所 | 〒 _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="text-align: right;">方書</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="text-align: right;">様方</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="text-align: right;">電話番号(_____)</div> |
| フリガナ | |
| 送 付 先 宛 名 <small>※送付先宛名を変更する 方のみご記入ください</small> | |
| <p>西東京市長 あて 上記のとおり、お届けします。</p> <p>* 送付先が成年後見人・保佐人等の場合は、登記事項証明書もしくは審判書の写しの添付が必要です。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申立人 1 本人 2 代理人(本人との関係:)</p> <p style="margin-left: 40px;">〒</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>電 話 番 号 _____</p> <p>* 申立人が代理人の場合は、被保険者本人が次のことを同意する署名をしてください。 送付先住所に、介護保険関係書類を送付願います。</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 _____ 印</p> | |

| 決 裁 | | | | 処 理 | | |
|-----|-----|-----|---|-------|--------|----|
| 課 長 | 主 幹 | 係 長 | 係 | リスト入力 | システム入力 | 受付 |
| | | | | | 保険料 | 資格 |
| | | | | | | |