

介護保険要介護認定等

決定通知書送付先申出書

稚内市介護予防・日常生活支援総合事業利用

年 月 日

稚内市生活福祉部
長寿あんしん課 様

提出者氏名 (続柄)

住 所

Tel

年 月 日付 標記認定等申請等事業に係る決定通知書等の送付先について、
下記送付先あて送付を申出します。

被保険者番号			
ふりがな 被保険者氏名		生年月日	
送付先（下記送付先への被保険者宛での送付となります。） （〒 - ） 住所 （方書） 方 氏名 Tel			
送付先申出の理由 <input type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所にて生活のため <input type="checkbox"/> 施設入所や医療機関入院等のため <input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため <input type="checkbox"/> その他特別な事情（ ）			
上記提出者が被保険者以外の場合 <input type="checkbox"/> 送付先申出に同意（本人署名） _____ _____（家族等代筆者） _____（続柄）			
提出者本人確認（顔写真なし：下記2点。 申請代行事業者等：事業所名入り介護支援専門員証提示） <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

【送付文書】 ①（認定）結果通知書 ②介護保険被保険者証

※この申出は、今回の申請に係る上記「①」、「②」の通知書等のみ、送付先の申出を受けるものです。