

介護保険送付先指定申請書

(宛先) 流山市長

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<申請する方について記入してください>

住所			
フリガナ			
氏名			対象者との続柄
電話番号			

<対象者について記入してください>

介護保険 被保険者番号									
対象者 現住所 (住民票の住所)	〒 _____								
フリガナ					生 年 月 日				
対象者氏名等					明 大 昭 年 月 日				

<送付先について記入してください>

住所	〒 _____		
フリガナ			
受取人 (宛名)	様方		対象者との続柄
	<small>※宛名は、原則「本人氏名」で「様方」表示とさせていただきます。事情により、本人氏名を表示したくない場合は、上記「様方」は記入せず、下記に宛名を記入してください。 本人氏名を表示をしない → 宛名：</small>		
電話番号			
指定する理由			

委任状

私は、 _____ を代理人と定め、送付先指定の手続きに関して、委任します。

(被保険者) 氏名 _____

<送付先指定する郵便物>

※送付先を希望する項目にチェックをして下さい。

介護保険		市確認欄	後期高齢者医療保険	
被保険者証・認定申請関係	<input type="checkbox"/>	介受	資格関係	<input type="checkbox"/>
保険料関係	<input type="checkbox"/>	介普・介賦・介特	保険料関係	<input type="checkbox"/>
給付関係(負担割合証・負担限度額・高額等)	<input type="checkbox"/>	介給	給付関係	<input type="checkbox"/>

<問い合わせ先>

流山市役所 介護支援課介護給付係 電話：04-7150-6531 (直通) 保険年金課後期高齢者医療係 電話：04-7199-3306 (直通)	市 記 入 欄	後期渡し日	受付者	受付方法	入力日	本人確認書類
					〒・窓	

※本人及び同居の方以外の申請の場合は、委任状欄への記入が必要です。
 ※受取人の住所を確認できるもの(免許証や保険証等の公的身分証)の写しを添付してください。