

＜記入について＞

介護保険 送付先登録(新規・変更・取消)申請書

被保険者	被保険者番号	氏 名	性別	生年月日	
			男 ・ 女	明治 大正 年 月 日	
住 所	掛川市				
	(アパート・マンション名、室番号等)				
登 録 事 由		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消			
送 付 先 (※介護保険専用)	氏名 _____ 被保険者との続柄 (_____) 住 所 〒 _____ _____ (アパート・マンション名、室番号等) 電 話 (_____) - _____				
※送付先の同意が得られていない場合、受理できません。					
上記のとおり介護保険送付先登録を申請します。					
年 月 日					
申 請 者	氏名 _____ 被保険者との続柄 (_____) 住 所 <input type="checkbox"/> 送付先と同じ _____ (アパート・マンション名、室番号等) 電 話 (_____) - _____				
確認事項	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯印 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (_____) <input type="checkbox"/> そ の 他 (_____)	記入の必要はありません。		

被保険者番号、氏名、性別、生年月日、住所を記入してください。

希望する送付先を記入してください。取消の場合は、記入の必要はありません。

申請された方の氏名、続柄、住所、電話番号を記入してください。申請された方の住所と希望送付先が同じ場合は、 にチェックをして、住所の記入を省略できます。

1. 窓口で申請される場合は、申請者の身分証明書※を持参してください。
2. 郵送で申請される場合は、申請者の身分証明書※の写しを同封してください。
 郵送：〒436-8650 掛川市長谷一丁目1番地の1 掛川市役所 長寿推進課 宛
3. 送付先変更については、関係課それぞれで申請手続きが必要になります。送付先変更手続きをしていない課から送付される通知等は、住民登録されている住所に送付されます。手続き方法については下記の各課へお問い合わせください。

※身分証明書：顔写真付きの場合は1つ、その他官公庁交付書類の場合は2つ

主な業務	課名	連絡先
介護保険に関すること	長寿推進課	0537-21-1196
国民健康保険、後期高齢者医療の保険証等に関すること	国保年金課	0537-21-1143
市県民税、国民健康保険税、軽自動車税に関すること	市税課	0537-21-1136
固定資産税に関すること	資産税課	0537-21-1137
上記以外に関すること	市役所代表	0537-21-1111