

＜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

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。

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 (_____) _____
--------------------	--

**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。**

※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 送付先と同じ

 (アパート・マンション名、室番号等)
 電話 (_____) _____

**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。**

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。

1. 窓口で申請される場合は、申請者の本人確認書類※を持参してください。
2. 郵送で申請される場合は、申請者の本人確認書類※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。

※本人確認書類：「顔写真及び氏名」の載った官公署発行の身分証明書の場合は1つ(例：マイナンバーカード、運転免許証)、その他の場合は「氏名及び住所」または「氏名及び生年月日」が確認できるものを2種類以上(例：診察券と健康保険証)

ただし、郵送で申請する場合、パスポートでは住所確認ができないため、住所の記載された本人確認書類を合わせて同封ください。

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