※介護保険関係書類について、今後住民票と異なる住所に郵送を希望される場合や、送付先を現住所に戻す場合は、こちらをご提出ください。

介護保険関係書類送付先変更申請書

宗 像 市 長　あて

今後、下記被保険者に対して介護保険課から発送される文書の送付先を以下のとおり変更してください。なお、申請にあたり被保険者本人（本人の意思が確認不能の場合は家族又は本人の意思を代理できる者）の了承を受けており、本申請により発生する諸問題は申請者が責任を持って対処し、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。

			申請日	令和　　年　　月　　日
被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者番号	
	氏名		生年月日	大・昭　　年　　月　　日
			性別	男　・　女
	希望先の住所	〒　　－ 電話番号		
		様方		

※送付先を現住所に戻す場合は、希望先の住所に現住所を記載してください。

申請者	関係	□本人　□親族（　　）□ケアマネジャー　□その他（ ※本人、親族以外の第三者が申請する場合には、必ず委任状を添付してください。
	氏名	
	住所	**（※被保険者と同一の場合は記入不要）** 〒　　－ 電話番号

※申請者本人確認ができるもの（運転免許証や医療保険証等）のコピーを添付してください。

●宗像市記入欄（※記入不要）

					入　力	確　認
被保険者確認	□送付先申請（有・無）			MC		
申請者確認写し	□運転免許証　□資格確認書　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□その他（　　）					
備考		受付者		アクロ		