

# 宛先変更（終了）依頼書

(介護保険課共通)

受付印

事由： 変更 ・ 終了 (どちらかへ○)

被保険者番号

本人住所

本人氏名

つくば市介護保険課から上記の者に発送される書類に関して、下記へ送付することを依頼します。

## 記

変更送付先

〒  
住所

電話番号

氏名

本人との続柄

宛先変更が必要な事由：

なお、申請にあたっては必ず申請者及び被保険者の本人確認資料(運転免許証・マイナンバーカード・介護保険被保険者証等のコピー)を添付してください。※裏面に現住所が記載されている場合には、両面をコピーして添付してください。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

## 【市記入欄】

取扱者	入力状況	受理状況	申請者本人確認	被保険者本人確認
	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )

記入

宛先変更（終了）依頼書  
(介護保険課共通)

受付印

事由： 変更 ・ 終了 (どちらかへ○)

被保険者番号 1234567890

本人住所 つくば市金田1979

本人氏名 筑波 太郎

記入は黒のボールペン  
を使用してください。  
※消えるボールペンは使  
用しないでください。つくば市介護保険課から上記の者に発送される書類に関して、下記へ送付することを依頼  
します。

記

変更送付先

〒 305-8555

住所

電話番号 029-123-4567

つくば市研究学園1丁目1番地1

氏名

筑波 一郎

本人との続柄

子

宛先変更が必要な事由：

●本人は施設入所しており、家にはだれも住んでおらず、受取りができないため。

●本人は認知症があり、書類を紛失してしまう恐れがあるため。

等

なお、申請にあたっては必ず申請者及び被保険者の本人確認資料(運転免許証・マイナン  
バーカード・介護保険被保険者証等のコピー)を添付してください。※裏面に現住所が記載  
されている場合には、両面をコピーして添付してください。

〇〇年 〇月 〇日

申請者住所

つくば市苅間2530番地2

申請者氏名

筑波 一郎

## 【市記入欄】

取扱者	入力状況	受理状況	申請者本人確認	被保険者本人確認
	<input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )