

(様式第2号)

介護保険各種通知送付先廃止申出書

被 保 険 者	番 号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	生 年 月 日	
	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		明・大・昭 〇年 〇月 〇日
	氏 名	宇都宮 太郎		
	住 所	〒 320-8540 TEL 028-632-8989 宇都宮市旭1-1-5		
廃 止 す る 送 付 先	住 所	〒 320-0000 TEL 028-000-0000 宇都宮市〇〇町〇〇番地〇〇		
	氏 名	介護 一郎	被 保 険 者 と の 続 柄	子
送付依頼先住所の廃止を申出する理由	① 介護保険施設等を退所・退院したため ② 心身の状況が改善し、受領が可能となったため ③ その他()			
廃止を申出する書類等	① 要介護、要支援認定結果通知等 ② 介護保険料納付書等 ③ 介護保険負担割合証			

私は、上記理由により、送付依頼先住所及び送付依頼先氏名の者に対する介護保険の要介護等認定に係る一切の通知の受領に関する権限の委任を廃止しましたので申出ます。

なお、今後の当該通知等は住民票の住所地に送付してください。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

(あて先) 宇都宮市長

被保険者 住 所 宇都宮市旭1-1-5

氏 名 宇都宮 太郎

(被保険者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署してください)

【保険者処理欄】

受 付	申請者の本人確認	入 力		入 力 年 月 日	備 考
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券	認定		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他()	介保		年 月 日	