

送 付 先（設定・変更・廃止）依 頼 書

恵庭市長 様

裏面の誓約書に基づき下記のとおり依頼いたします。また、下記の通知種別に応じ、関係する課に本依頼書の内容を通知することに同意します。

			依頼日	年	月	日
被保険者 氏 名		被保険者 番 号	(介護)			
			(後期)			
性 別	男 ・ 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
住 所	〒 電話（ ） —					

【本人以外が手続きする場合のみ記入】

住 所	〒 電話（ ） —		
(ふりがな) 氏 名		被保険者 との関係	

*送付して欲しい住所（手続き人住所と同じであれば同上と記入してください。）

住 所	〒 電話（ ） —		
(ふりがな) かたがき		送付先居住者 との続柄	※施設などに送付の場合は、記載不要。
理 由	1. () 入院・入所している（入院・入所先： ） 2. () 親族等の所に仮住まい 3. () 認知症等があり本人の判断能力が低下 4. () 出稼ぎなどで長期間不在にする（出稼ぎ先： ） 5. () 高齢のため本人の処理能力が低下 6. () その他（ ）		
通知種別	1. () 介護福祉課関係通知（介護保険・介護認定に関するものなど） 2. () 後期高齢者医療関係通知（保険料のお知らせ、被保険者証の更新など）		

恵庭市使用欄

課長・主幹	主査	スタッフ	合議

台帳入力日：

誓 約 書

恵庭市長 様

当該依頼書に基づき、依頼した住所に送付される諸通知の受領及び通知により生ずる被保険者の履行业務は、本人及び受取人の責任において履行することを誓約いたします。

なお、送付された諸通知が、宛先不明等の理由により恵庭市に返戻された場合又は恵庭市が本人の受領を確認できないと判断した場合は、本依頼書が無効になっても異存は有りません。