送 付 先 変 更 届 出 書

（あて先）　胎内市長
（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、関係書類の送付先の（登録・変更・廃止）を届出いたします。
なお、この内容に変更等があった場合は、速やかに届出いたします。

届出年月日　　年　　月　　日

届出者	※届出者が対象者の場合は、届出者住所、電話番号は記載不要			
	フリガナ		対象者との関係	□ 本人 □ 親族 （　　） □その他 （　　）
	氏　名			
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		

対象者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏　名			
	住　所	〒 959 － 胎内市 電話番号（　　）　　－	生年月日	年　　月　　日

変更対象区分		介護保険（介護保険係）	被保険者番号		
			□全て　□保険証　□保険料　□給付関係		
		国民健康保険（ほけん年金係）	被保険者番号		
			□全て　□保険証　□保険税　□高額療養費		
		後期高齢者医療（ほけん年金係）	被保険者番号		
			□全て　□保険証関係　□給付関係　□保険料関係		
		障害福祉関係	□全て　□一部（　　）		
		地域福祉関係	□全て　□一部（　　）		
		税金関係	□市民税	□固定資産税 □軽自動車税	※届出者・対象者・送付先が全て対象者本人又は対象者の法定代理人の場合に変更できます。これに該当しない場合にはお手数ですが、「胎内市役所１階10番窓口（税務課資産税係）」にお越しください。
		健康づくり関係	□高齢者の予防接種　□健康診査希望調査票		

送付先	□　届出者住所に送付先の変更を希望します □　下記住所に送付先の変更を希望します			
	フリガナ		対象者との関係	□ 本人 □ 親族 （　　） □ その他 （　　）
	氏　名			
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		

変更理由	□入院中　□施設入所中　□本人が管理できない為 □その他（　　）
変更期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで ／内容変更があるまで

【市役所確認欄】

受付窓口	受付者	入力者
□介護保険係 □ほけん年金係 □障がい福祉係 □地域福祉係 □税務課 □黒川庁舎 □健康づくり課		
	入力日	
	年　　月　　日	

届出者確認方法
□運転免許証 □被保険者証 □預貯金通帳 □その他 （　　） **※身分証明書添付のこと**