

高齢期移行者
 高齢重度障害者
) 書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

明石市長様 次のとおり書類送付先の(□登録 / □変更 / □終了)を申請・届出します。

受給者	受給者番号				
	フリガナ				大正・昭和・西暦
	氏名				生年月日 年 月 日
	住所	明石市			

申請者・届出者	フリガナ				※申請者の本人確認書類の写しを添付してください。
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ()	
	住所	〒 - 電話 () -			
申請理由	<input type="checkbox"/> 本人による管理が困難なため <input type="checkbox"/> 保佐人、後見人などの設定 <input type="checkbox"/> 入院、入所等のため <input type="checkbox"/> その他 ()				
開始日	<input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 年 月 日から				
終了日	<input type="checkbox"/> 内容変更(届出)があるまで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで				

送付先	氏名	受給者に同じ	※別途、健康保険に関する書類の送付先も手続きが必要です。		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (申請者方) <input type="checkbox"/> 〒 - 電話 () - <div style="text-align: right;">.....方 (その他 施設名等)</div>			

-----以下、市記入欄-----

処理欄	受付	D作成	CK1	CK2	本人確認	1. マ・免・経・障・パ その他 ()
	<input type="checkbox"/> 健康保険に関する書類等送付先変更案内済					2. 資・介・年・医・通 その他 ()