

介護保険課・国保年金課(後期高齢者)・健康づくり課 送付先登録依頼書

介護保険課・国保年金課 後期高齢者・健康づくり課（ご希望のものに○）の文書を下記の送付先に送付するよう依頼します。

対象: 健(検)診受診券、予防接種のみ

		登録 ・ 変更 ・ 終了											
フリガナ			宛名番号 (受付者 記入欄)										
本人氏名													
生年月日	年 月 日												
本人住所	〒												
電話番号 ー ー													
フリガナ			続柄										
送付先氏名													
生年月日	年 月 日												
送付先住所	〒												
電話番号 ー ー													
依頼理由	1、本人に文書管理能力がないため 2、施設入所のため 3、死亡 4、その他()												
期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで												

※ 介護保険課の送付先は、開始日～期間終了月の末日までの登録となります。

(宛先) 鴻巣市長

年 月 日
依頼者 ☐ (送付先と同じ場合は□にレ点をし、記入不要です。)
〒

住所

氏名 (続柄) 電話番号 ー

※ 送付先に変更がある場合、送付先登録を終了する場合は、再度「送付先登録依頼書」を提出してください。

受付者()記入	
窓口	郵送

システム入力者	システム確認者

委任状

代理人

住 所（あるいは事業所名）

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、

〔	要介護（要支援）認定申請	〕	※委任する事項について ○をしてください
	介護保険の給付		
	各種証の再交付		
	送付先登録		

に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

（自署の場合不要）

【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	身元確認	代理権確認	代理人身元確認	
☐ 記入あり * 確認した物 ☐ 通知カード ☐ 個人番号カード ☐ 住民票の写し等 ☐ その他 () ☐ システム確認 ☐ 記入なし ☐ 職員記入 ☐ システム確認	* 1 点確認 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 () * 2 点確認 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ 負担割合証 ☐ 資格確認書 ☐ その他 ()	* 法定代理人 ☐ 戸籍謄本等 * 任意代理人 ☐ 委任状 ☐ その他 ☐ 被保険者証 ☐ 負担割合証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ 資格確認書 ☐ その他 ()	* 家族申請 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 () * 事業者申請 ☐ 介護支援専門員証 ☐ 包括職員証 ☐ 運転免許証 ☐ その他 ()	確認日