**介護保険関係書類送付先変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

　燕 市 長 様

　　介護保険に係る書類について、下記のとおり送付先の変更を届け出ます。なお、この届け出にあたり、関係者への説明は責任をもっておこないます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被 保 険 者** | 被保険者番号 | **0** | **0** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | | 生 年  月 日 | 明 治  大 正　 　年　　月　　日  昭 和 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒　　　-  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | |

届出が上記被保険者本人でない場合、下記届出者に委任します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **届 出 者** | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 | 被保険者との | 続 柄 |  |
| 住 所 | 〒　　　-  ※被保険者本人の場合記入不要    　電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **送付先** | 宛 先 | 〒　　　－  都 道  府 県  市 区  町 村  　　　　　　　 　　　　電話番号 | | |
| 宛 名 | 被保険者との  ※宛名と異なる場合記入 | 続 柄 |  |
| 方 書 | 被保険者との  　　　　　　　　　　　　　　　　様方 | 続 柄 |  |

　※成年後見人等に送付先を変更する場合には、**登記事項証明書の写し**を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **変更希望書類**  ※該当する項目にチェック☑をつけてください。 | □ 受給関係（保険証、負担割合証、認定更新案内・結果通知、減免証書 等）  □ 納付関係（介護保険料関係）  □ 給付関係（住宅改修費・福祉用具購入費支給決定通知、高額介護サービス費  申請勧奨通知・支給決定通知　等） |
| **変 更 理 由**  ※該当する項目にチェック☑をつけてください。 | □ 入院・入所のため　　　　　　　　　 □ 判断力低下のため  □ 成年後見人、保佐人、補助人のため　 □ 死亡のため  □ 必要がなくなったため（送付先解除）  □ その他　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |