

# 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
	被保険者氏名			大 正 年 月 日
	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	フリガナ		被保険者との	
	氏名		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		
		続柄		
方書	※宛名と異なる場合記入		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。

<b>変更希望書類</b> <small>※該当する項目にチェック☑をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 納付関係（介護保険料関係） <input type="checkbox"/> 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）
<b>変更理由</b> <small>※該当する項目にチェック☑をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 入院・入所のため <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人、補助人のため <input type="checkbox"/> 必要がなくなったため（送付先解除） <input type="checkbox"/> その他（理由： ） <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 死亡のため