

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行います。

※ 郵送での提出の場合は、届出者の本人確認書類(運転免許証などの写し)を添付してください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0							
	フリガナ								
	被保険者氏名					生年月日	大正・昭和		
	住所	〒	-				年 月 日		
								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	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	住所	〒	-			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 続柄	様方

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。	<input type="checkbox"/> 受給関係 (被保険証、負担割合証、認定更新案内・結果通知、減免証書 等) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 入院や施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人・保佐人・補助人のため (※登記事項証明書の写しを添付) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 (理由：)

※介護保険料関係の送付先変更については、税務課でのお手続きが必要です。

(長寿福祉課使用欄)

届出者本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()

受付担当	入力日

