

# 介護保険 送付先 ( 変更・解除 ) 依頼書

(宛先) 塩谷町長

下記の被保険者に係る全ての介護保険関係書類の送付先を変更していただきたいので、届出ます。なお、この届出にあたり、関係者への説明は私(届出人)が責任をもって行いますので、貴町に一切ご迷惑はおかけしません。  
また、送付先を再変更する場合や必要がなくなった場合には、速やかに届け出ます。

◇送付先変更をする被保険者については次のとおりです。

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	生 年 月 日 天・昭 年 月 日
被 保 険 者 住 所	電 話 番 号
〒329- 塩谷町大字	

◇送付先は次のとおりです。

送 付 先 を 設 定 す る 宛 名 と 住 所	
送 付 先 の 宛 名	送 付 先 住 所
フリガナ	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ 〒
被保険者との続柄	電話番号
<input type="checkbox"/> 送付先変更の理由(該当するものに○) 1. 施設入所または入院のため 2. 被保険者本人に管理能力なし(例:認知症 等) 3. その他(理由: )	
【送付先が変更される書類等は以下のとおりです】 被保険者証、認定結果通知書、更新申請、給付に関するもの等 ※福祉課から送付する通知分のみになります。	
令和 年 月 日 〒 届出人住所 届出人氏名 被保険者からみた続柄 電話番号	

※届出には、届出人の本人確認書類(運転免許証、保険証等)の提示が必要です。  
 ※届出人が成年後見人・保佐人・補助人の場合は、登記事項証明書(発行日より3ヶ月以内)の原本または写しをご持参ください。

確認書類	受付	入力
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 職員証(介護支援専門員証等) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書原本または写し <input type="checkbox"/> その他( ) ※いずれか一点。		