**介護保険関係書類送付先変更届【 設定 ・ 解除 】**

令和　　年　　月　　日

小美玉市長 あて

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 電話番号 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・大正　　　年　　　月　　　日 | 被保険者との関係 |  |
| 住所 | 〒 |
| 当該被保険者に対する被保険者証等については、下記の理由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先の変更を申請します。なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者又はその関係者、並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。また、今回申請した送付先が変更になった場合は、速やかに介護福祉課へ届け出ます。□　上記の送付先変更に関する注意事項に同意します。 |
| 申請理由 | １　本人管理困難２ 病院・施設等への入院・入所など３ 成年後見人・保佐人等の認定４ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）５ 送付先変更の解除 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・大正　　　年　　　月　　　日 |  |
| 住所 | 〒 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先 | □ | 申請者と送付先が同じである場合は☑をし、下記の記入は不要です。 |
| フリガナ |  | 電話番号 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・大正　　　年　　　月　　　日 | 被保険者との関係 |  |
| 住所 | 〒 |
| **送付先から転出や転居をしたり、名宛人を変更したりする場合は必ず届出てください**（届出が無い場合は書類が届かず送付先を取り消す場合があります） |

送付変更希望書類

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **給付・認定関係書類**（例：給付費支給決定通知書、要介護認定関係通知書等） |
| □ | **介護保険料関係書類**（例：介護保険料納入通知書等） |

≪市処理欄≫

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 | 処理日 | 受付 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |