

介護保険 送付先変更届

被 保 険 者 本 人	被保険者番号		生年月日	明・大・昭
	氏 名			年 月 日
	住 所	平川市 電話番号		

送 付 先	住 所	〒		
	(方書)	電話番号		
	フリガナ		被保険者 との続柄	
氏 名				

理 由	□ 新 規	□ 住所地に住んでいないため(施設入所など) □ 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため □ その他()
	□ 変 更	□ 以前登録した送付先を変更したいため □ その他()
	□ 解 除	□ 必要がなくなったため(理由:)

変更する書類	☐ 受給者管理に関する通知 (更新の通知・認定通知・介護保険給付費通知等) ☐ 介護保険料に関する通知 (納入通知書・保険料変更通知書・督促状等)
---------------	--

上記のとおり介護保険送付先変更を届出ます。

年 月 日

届出人 : 1. 本人 2. 親族(本人との続柄:) 3. 後見人

氏 名

* 届出人が本人の場合は、氏名のみご記入ください。

住 所

電話番号

届出する際の注意事項

- 1 送付先を変更するにあたっては、本人および送付先からの承諾を得てください。
- 2 届出人の本人確認書類の提示が必要です(郵送・代理人が持参する場合は写しを添付)。
- 3 届出人が成年後見人等の場合、登記事項証明書またはその写しが必要です。

【市役所処理欄】

処理確認	○ 資格管理・給付管理	処理日		受付日	
	○ 納付管理				

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員

介護保険 送付先変更届(記載例)

被 保 険 者 本 人	被保険者番号	2 1 0 0 0 0 0 0 0 0	生 年 月 日	明・大・ 昭
	氏 名	平川 太郎		○年 ○月 ○日
	住 所	平川市 柏木町藤山△番地△		

送 付 先	住 所	〒 000-0000		
	(方書)	〇〇市〇〇町△番☆号 マンション〇〇 100号室		
	フリガナ	電話番号 000-0000-0000		
	氏 名	平川 一郎	被保険者 との続柄	長男

理 由	☒ 新 規 ☐ 変 更 ☐ 解 除	☒ 住所地に住んでいないため(施設入所など) ☐ 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため ☐ その他()
		☐ 以前登録した送付先を変更したいため ☐ その他()
		☐ 必要がなくなったため(理由:)

変更する書類	☒ 受給者管理に関する通知 (更新の通知・認定通知・介護保険給付費通知等) ☒ 介護保険料に関する通知 (納入通知書・保険料変更通知書・督促状等)
--------	--

上記のとおり介護保険送付先変更を届出ます

令和 6年 4月 1日

当課より送付する書類すべてを変更したいときは、両方にチェックが必要です。

届出人 : 1. 本人 2. 親族(本人との続柄: 長男) 3. 後見人

氏 名 平川 一郎

* 届出人が本人の場合は、氏名のみご記入ください。

住 所 〇〇市〇〇町△番☆号 マンション〇〇 100号室

電話番号 000-0000-0000

届出する際の注意事項

- 1 送付先を変更するにあたっては、本人および送付先からの承諾を得てください。
- 2 届出人の本人確認書類の提示が必要です(郵送・代理人が持参する場合は写しを添付)。
- 3 届出人が成年後見人等の場合、登記事項証明書またはその写しが必要です。

【市役所処理欄】

処理確認	○ 資格管理・給付管理	処理日	受付日
	○ 納付管理		

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員