

介護保険 送付先変更届出書

年 月 日

赤磐市長 殿

年 月以降の下記の被保険者に関する介護保険の書類については、送付先の変更を届出します。

なお、この届出にあたり、関係者への説明は私が責任をもって行いますので、貴市に一切ご迷惑はおかけしません。

★届出者

ふりがな		被保険者との続柄	1.本人 2.親族(続柄: 3.その他())
氏名			
住所	〒 電話番号		

※郵送による申請の場合、必ず届出者本人確認書類のコピーを添付して下さい。

★被保険者

被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
ふりがな			
氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号		
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 判断能力低下のため <input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 必要なくなったため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人 <input type="checkbox"/> その他()		

★送付先

届出者と同じ(宛名も届出者氏名になります)

下記住所

ふりがな		被保険者との続柄	1.本人 2.親族(続柄: 3.その他())
氏名			
住所	〒 【方書】 電話番号		

1.届出には、届出者・持参人の身分証明書(運転免許証、保険証等の原本)、郵送の場合にはその写しが必要です。

2.申請者が成年後見人等の場合は、証明書(写し可)を添付してください。

3.ケアマネジャー、ソーシャルワーカーの届出の場合は、事業所名を記載してください。身分証明書は官公署又は事業所発行のものを提示してください。

4. 介護保険課以外の送付先変更は、別途関係窓口へ届出が必要になります。

市確認欄	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 事業所身分証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他 ()