

介護保険送付先変更届

(宛先) 中井町長

年 月 日

次のとおり届出します。

被 保 険 者	被保険者番号		性別	男 ・ 女
	フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	氏名			
	住所 (住民登録地)	(〒 -)		
		電話番号 () -		

送 付 先	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名			
	住所	(〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
		電話番号 () -		
送付先変更理由	<input type="checkbox"/> 被保険者に管理能力がないため <input type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 終了			
対象書類	<input type="checkbox"/> 保険料関係 (納入通知書等) <input type="checkbox"/> 受給者関係 (介護保険被保険者証・認定結果通知書・負担割合証等) <input type="checkbox"/> 給付関係 (高額介護サービス費関係書類等)			

届 出 人	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名			
	住所	(〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 送付先と同じ		
		電話番号 () -		
確認項目	<input type="checkbox"/>	被保険者本人及び送付先からの承諾を得ています。 (成年後見人が選任されている場合、成年後見人の同意を得ています。)		
	<input type="checkbox"/>	送付先の届け出に関し、届出者以外から異議の申し立てがあった場合、届出者の責任において異議の解決にあたることに同意します。		

※届出人の身分証明書 (顔写真付きのもの。写真のない身分証は2種類) を確認させていただきます。

のある箇所は当てはまれば記入を省略できます。

(宛先) 中井町長

介護保険送付先変更届 (記入例)

和暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日

次のとおり届出します。

被 保 険 者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ	ナカイ タロウ	生年月日	大・中・平〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	中井 太郎		
	住所 (住民登録地)	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 中井町〇〇△△ - ××		

変更先となる方の氏名、続柄、住所、電話番号を記入。

電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

送 付 先	フリガナ	ナカイ ハナコ	被保険者との続柄	〇〇
	氏名	中井 花子		
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〇〇市〇〇△△ - ××			

当てはまる理由にチェック。

電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

送付先変更理由	<input type="checkbox"/> 被保険者に管理能力がないため <input checked="" type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 被保険者本人がお亡くなりのため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 終了
---------	--

希望のものにチェック。

対象書類	<input checked="" type="checkbox"/> 保険料関係 (納入通知書等) <input checked="" type="checkbox"/> 受給者関係 (介護保険被保険者証・認定結果通知書・負担割合証等) <input checked="" type="checkbox"/> 給付関係 (高額介護サービス費関係書類等)
------	---

窓口に来られた方。

届 出 人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じ	フリガナ	ナカイ ジロウ	被保険者との続柄	〇〇
	氏名	中井 次郎		
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じ 〇〇市〇〇△△ - ××		

必ず確認してチェック。

どちらか当てはまればチェック。

電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

確認項目	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人及び送付先からの承諾を得ています。 (成年後見人が選任されている場合、成年後見人の同意を得ています。)
	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先の届け出に関し、届出者以外から異議の申し立てがあった場合、届出者の責任において異議の解決にあたることに同意します。

※届出人の身分証明書 (顔写真付きのもの。写真のない身分証は2種類)を確認させていただきます。