

## 介護保険関係書類の送り先変更届出書

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0						
被保険者氏名	生年月日	年	月	日								
	性別	男 ・ 女										
被保険者住所 <small>※住民票に登録されている住所</small>												
送付先を変更したい介護保険関連書類	<input type="checkbox"/> <u>全ての書類の送り先変更を希望する</u> ※いずれかの□にチェック											
	<input type="checkbox"/> <u>次のいずれかの書類の送り先変更を希望する</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px; display: inline-block;">         希望の番号に○を付けてください       </div> <div style="margin-left: 20px;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受給者関係（被保険者証・認定結果等）</li> <li>2. 納付関係（保険料納入通知書等）</li> <li>3. 給付実績関係（介護給付費通知書等）</li> </ol> </div>											
希望送付先	住所	〒      —										
	フリガナ 氏名	電話      (      )										続柄 (      )
届出理由	<input type="checkbox"/> 入院・施設入所のため <input type="checkbox"/> 親族等の自宅に一時的に滞在 <input type="checkbox"/> 認知症等で書類管理が困難 <input type="checkbox"/> 高齢・障害等で受取りが困難 <input type="checkbox"/> 成年後見人に就任 <input type="checkbox"/> その他 (      ) <div style="text-align: right; font-size: small;">※いずれかの□にチェック</div>											
期 間	年      月      日 ～ 年      月      日											
上記の理由により、介護保険に係る書類の送り先変更を届け出ます。  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年      月      日      名 張 市 長 様</div> 届出人住所      〒      — <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> 届出人氏名      _____      続柄 (      ) 電      話      (      )												
◎ <u>届出人の本人確認書類を添付してください</u> （成年後見人の場合は登記事項証明書等の写し）												

（以下 名張市記載欄）

	係長	室員	備 考
伺			