送付先変更[開始・修正・終了]届

令和　　年　　月　　日

中 泊 町 長 殿

私は、介護保険被保険者に係る介護保険関係書類の送付先変更を申し出ます。

なお、変更により送付される書類は、被保険者本人の不利益にならないように適切に管理します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 続柄 | □本人　 □親族（　　　　　）　 □その他（　　　　　　） |
| 電話番号 | －　　　－　　　　　　（自宅・携帯・その他） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明 大 昭　 　年　　月　　日 | | | | 性別 | | | 男 ・ 女 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先変更日 | 令和　　年　　月　　日から　　　開始 ・ 修正 ・ 終了 | |
| 変更後の送付先 | □住所登録地に送付先を戻す  □申請者と同じ  □その他（本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　）  〒 | |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　－　　　　（自宅・携帯・その他） |
| 届け出の理由 | □独り暮らしで家で文書を受け取る者がいないため  □認知症等で家に送ると紛失するおそれがあるため  □以前送付先変更をしていたが、必要が無くなったため  □その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 送付先を変更する書類 | □介護保険に関する全書類  □介護保険料に関する書類  □介護保険認定結果・給付関係に関する書類 | |