**介護保険関係書類に係る送付先変更届（　新規 ・ 変更 ・ 廃止　）**

（宛先）　座間市長

送付先変更に伴い異議等が生じた場合、私が全責任を持つことを誓約し、次のとおり届出します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **届**  **出**  **人** | 住　　所 | 〒　　　　－ |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | 被保険者との続柄　（　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被**  **保**  **険**  **者** | 被保険者  番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先変更の理由 |  |

（注１）宛名は「届出人名　様方　被保険者名　様」となります。事情により被保険者様の氏名を表記しないことを御希望の場合は、□にチェックを入れてください。

**□　宛名に被保険者氏名を表記しないことを希望します。**

（注２）**届出人様以外**に送付する場合は下欄に御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒　　　　－ |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | 被保険者との続柄　（　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

（注３）次の分類のうち、送付先変更を希望する番号の□にチェックを入れてください。チェックのない場合は、全ての介護保険関係書類を送付先にお送りします。

**□１　介護保険料に関する書類**

**□２　要介護認定（認定結果・介護保険被保険者証など）や**

**給付（高額介護サービス費・住宅改修費など）に関する書類**

（注４）届出時点で作成されている送付物に関しては、送付先を反映できない場合があります。

（注５）先に登録されている送付先の変更、または廃止を希望される場合は、先にお手続いただいた届出人様による届出が必要です。但し、被保険者様死亡後の手続きについてはこの限りではありません。

（注６）被保険者様が他の市区町村へ転出して保険者が変更となった後、引続き送付先の変更を希望される場合には、転出先の市区町村において再度届出が必要ですので、御注意ください。

【 保険者使用欄 】

確認

入力

□　届出人本人確認