

介護保険関係書類 送付先変更届

被保険者番号			
被保険者氏名 (対象者)			
		生年月日： 明治・大正・昭和 年 月 日	
現在の送付先 	住所		
	宛名		
変更後の送付先 ※今回希望 する送付先	住所 〒		
	電話番号		
	宛名		
様 ・ 様方 (被保険者との続柄：)			
<関係書類> ○介護保険被保険者証 ○介護保険負担限度額認定証 ○社会福祉法人等利用者負担限度額認定証 ○介護保険負担割合証 ○介護保険料関係通知 ○認定更新等 他介護保険に係る全ての書類 ※一部の書類のみについての変更はできませんのでご了承ください。			

飯田市長 宛

介護保険関係書類の送付先を変更することについて、被保険者本人に異議がないことを確認しておりますので、上記のとおり変更をお願いします。

_____年____月____日

届出人 住所

氏名

(被保険者との続柄：)

※成年後見人の方は、登記事項証明の写しを添付願います。

返送先住所

〒395-8501 長野県飯田市大久保町 2534 番地 飯田市 福祉部 長寿支援課

* 飯田市処理欄 (記入不要)

本人 ・ 代理人	身元 確認	一号書類(1点で可) 個力・免・バ・在 住力・身・介専 他()		二号書類(2点) 保・介・負割 受給証・年手 他()		(左記と組合せ) 学証・社証 診 他()	聞き取り確認事項	法人の場合 ☐ 登記事項証明 ☐ 社員証	確認者 /
	内容 確認	システム	フォルダ	保険	認定	代理 確認	☐ 法定(戸・住・成後・他) ☐ 委任状 ☐ 本人の一号/二号書類()		

<記載例>

介護保険関係書類 送付先変更届

被保険者番号	1234567		
被保険者氏名 (変更となる対象者)	介護太郎		
	生年月日： 明治・大正 昭和 8 年 8 月 8 日		
現在の送付先 ↓	住所	飯田市大久保町2534	
	宛名	介護太郎	
変更後の送付先 ※今回希望する送付先	住所	〒395-0044 飯田市本町1-15	
	電話番号	0265-33-3333	
	宛名	介護 通	
		(被保険者との続柄： 様 ・ 様方 長男)	
<関係書類> ○介護保険被保険者証 ○介護保険負担限度額認定証 ○社会福祉法人等利用者負担限度額認定証 ○介護保険負担割合証 ○介護保険料関係通知 ○認定更新等 他介護保険に係る全ての書類 ※一部の書類のみについての変更はできませんのでご了承願います。			

飯田市長 宛

介護保険関係書類の送付先を変更することについて、被保険者本人に異議がないことを確認しておりますので、上記のとおり変更をお願いします。

7年 5月20日

届出人

住所

飯田市本町1-15

成年後見人の方は、
登記事項証明の写し
を添付願います。

氏名

介護 通

(被保険者との続柄：

長男

)