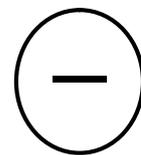


※この書類による送付先変更は「今回限り」となります。

介護保険関係書類 送付先変更届（一回用）



次のとおり、介護保険関係書類の送付先変更について届出します。なお、この届出にあたり、関係者への説明は私が責任をもって行います。

		届出年月日	令和	年	月	日
届出人氏名	本人との関係					
届出人住所	〒	電話番号				

被保険者番号										
被 保 険 者	氏名（フリガナ）					男・女				
		明・大・昭	年	月	日生					
	住所	〒	電話番号							

※やむを得ず、届出人と受取人が違う場合、以下の受取人欄を記入し、**受取人の身元確認書類も添付して下さい**。

受取人氏名	本人との関係					
受取人住所	〒	電話番号				

書類種類	1 要介護認定結果通知及び被保険者証 2 介護保険被保険者証 3 負担割合証 4 負担限度額認定証 5 その他（ ）
届出理由	<input type="checkbox"/> 入院・入所等により住所地に不在となるため <input type="checkbox"/> 本人が書類等を管理できないため <input type="checkbox"/> その他（ ）

被保険者委任署名欄

私は、届出人へ介護保険関係書類 送付先変更届（一回用）に係る一切の手続きを届出人へ委任します。

被保険者氏名 _____ 令和 年 月 日

被保険者住所 _____

※届出人が被保険者本人以外の場合に、上記に署名して下さい。

市 処 理 欄	届出人確認	1点	運転免許証 パスポート 個人番号カード 障害者手帳 介護支援専門員証 その他（ ）	受 付 印
		2点	介護保険証 健康保険証 年金手帳 負担割合証 負担限度額認定証 その他（ ）	
	被保険者確認	介護保険証 健康保険証 年金手帳 負担割合証 負担限度額認定証 障害者手帳 登記事項証明書 戸籍謄本 個人番号カード その他（ ）		
	事業者等確認	従業員証 契約書 認定調査員証 その他（ ）		
	訪問調査時確認	担当調査員（ ）		
				入力日 /
				審査会 /
				発送日 /