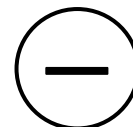


※この書類による送付先変更は「今回限り」となります。



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	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			

別送付を希望する書類	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（ ）	受 付 印
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（ ）	

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（ ）
		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 /