

介護保険送付先変更（新規・変更・取消）届

(該当する部分の□に✓を付けてください)

被保険者(本人)	氏名	被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	住所 (住民登録地)		
送付先	住所	〒 方書	
	フリガナ		
	氏名	被保険者との続柄	
		電話番号	
区分	※送付先の変更を希望される文書の□にレ印をしてください。 <input type="checkbox"/> 介護認定・高額介護サービス費等文書 (介護認定更新案内や高額介護サービス費案内等) <input type="checkbox"/> 介護保険料関係文書 (保険料額決定通知書や納付書等)		
理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 送付先人を変更したため <input type="checkbox"/> 送付先人が住所変更したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 取消し <input type="checkbox"/> 必要なくなったため (理由:) <input type="checkbox"/> 被保険者の住民登録地に送付先を戻すため <input type="checkbox"/> その他 ()		
香美町長 様 上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日			
届出人 1. 本人(被保険者) 2. 代理人(本人との関係:)			
氏名 _____ *届出人が被保険者本人または送付先人の場合は、氏名のみご記入ください。			
住所 _____			
電話番号 _____			

※送付先が被保険者の成年後見人である場合は、成年後見人であることを証する書類を添付してください。

(香美町記入欄)

本人 / 代理人確認書類	代理権確認書類	受付	入力
写付1 免許証・個人番号カード・他()	保険証・委任状	/	
写無2 保険証・他()	他()		