

介護保険送付 **記入について** (取消) 届

(該当する部分の□に✓を付けてください)

被保険者 介護保険	氏名	被保険者番号	
	住所 (住民登録地)	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
送付先 変更したい	住所	〒 方書	
	フリガナ	被保険者との続柄	
	氏名	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 _____			

該当箇所に☑を入れてください

この届を記入した方の氏名・住所・電話番号

- <必要書類>
- 届出人の身元確認ができる書類 (下記のいずれか)
 - 写真付1点 (運転免許証・パスポート・マイナンバーカード等)
 - 写真なし2点 (医療保険証・介護保険証・年金手帳等)
 - 委任状 (届出人が被保険者本人以外の場合)

代理権確認のため裏面の委任状が必要です。

被保険者ご本人の介護保険者証や医療保険証等の写しがあれば委任状の代わりにできます。

記入例

委任状

令和 年 月 日

委任者は被保険者本人です

委任者
(被保険者)

住所 香美町香住区香住870番地の1

氏名 香美 太郎

生年月日 12年 3月 4日
(明治・大正・昭和)

電話番号 0796 (36) 1111

私は、つぎの者を代理人と定め、下記の介護保険申請手続きに関する権限を委任します。

代理人は、本人に代わって
申請を行う人です。

代理人
(申請者)

住所 香美町香住区香住870番地の1

(事業所名)
介護保険事業者・施設の場合

氏名 香美 花子

生年月日 23年 4月 5日
(明治・大正・昭和・平成)

電話番号 0796 (36) 1111

介護保険申請手続き（委任する申請手続きに をして下さい）

- 介護保険（要介護・要支援）認定申請書（新規・更新・認定区分変更）
- 介護保険 被保険者証等再交付申請書
- 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書
- 介護保険 高額介護（予防）サービス費支給申請書
- 介護保険負担限度額認定申請書
- 介護保険基準収入額適用申請書
- 介護保険料減免・徴収猶予申請書
- 介護保険送付先変更（新規・変更・取消）届
-

※上記以外の届出書・申請書の場合は、空欄にご記入ください。

※窓口では委任する方の個人番号（マイナンバー）の提示及び代理人の本人確認書類の提示が必要です。