

送付先変更届出書（介護保険）

飯能市長 あて

下記のとおり、介護保険に関する全ての郵送物について送付先変更を届け出ます。
今後、届出内容に変更が生じた場合は、すみやかに届け出ます。

届出日 令和 年 月 日

〈種別〉

新規 変更 廃止 (いずれかにチェックしてください)

〈介護保険被保険者〉

住 所	〒 —	被保険者 番号	
ふりがな		電話	()
氏 名		生年月日	年 月 日
送付先を変更する理由 (該当するものに○) 2の場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要	1. 施設入所または入院のため 2. 被保険者本人に管理能力なし(認知機能の低下等) <input type="checkbox"/> 被保険者本人(本人の意思が確認不能の場合は家族又は本人の意思を代理できる者)の了承を得ています。 3. その他(理由:)		

〈届出人〉

住 所	〒 —		
ふりがな		続 柄	電話 ()
氏 名			

〈送付先〉 ※届出人と同一の場合は、記入は不要です。

住 所	〒 —	
ふりがな		電話 ()
氏 名		

《添付書類》

- ・本人確認書類(運転免許証、住基カード、パスポートなどの公的機関が発行した証明書)の写し

※被保険者、届出人、送付先それぞれの方の本人確認書類が必要です。

《市確認欄》 入力 (担当 :)