**介護保険　送付先変更届出書**

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　様

次の通り申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  | 生年月日 | M･T･S　 年 　　月　　 日 |
|  |
| 送付先 | 郵便番号送付先住所 | （〒　　　　―　　　　　） |
| 方　　書 |  |
| フリガナ |  |
| 宛　　名 | 本人との続柄（　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 送付先・宛名変更を希望する書類※希望する番号に○をつけてください。 | １　介護保険料関係（納入通知書 等）２　介護認定関係　（要介護認定、要支援認定結果通知書 等）３　介護給付関係　（高額介護サービス費支給決定通知書 等） |
| 変 更 理 由 |  |

**届出日　　　　　　年　　　月　　　日**

**この変更届について本人または家族の了承は得ており、不都合は生じないことを申し添えます。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出人 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 | 本人との続柄（　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

　※変更に際して、**代理人による記載の場合、本人または家族の了承**を必ず取るようにしてください。

　※施設、病院に入所・入院していて送付先を施設、病院に変更する方は、**「退所、退院したとき」、**

**「亡くなられたとき」は再度、本届出書により送付先等の変更手続き**をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 市町窓口受付印 | 介護保険事務所受付印 |
|  |  | □処理欄 |