

介護保険関係書類送付先変更届

安来市長 様

下記のとおり届出します。
届出により生じた問題は届出人が責任をもって対処いたします。

届 出 人	氏 名		届 出 年 月 日	令和 年 月 日
			被保険者との関係	
	住 所	〒	電 話 番 号	

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	フリガナ			
	氏 名			年 月 日
	住 所	□届出人住所に同じ 〒		

現在の送付先	□届出人住所に同じ □被保険者住所に同じ 〒 様方
変更後の送付先	□届出人住所に同じ □被保険者住所に同じ 〒 様方
送付先を変更する理由	1. 病院や施設に入院・入所しており、本人が住民票住所にいないため 2. 認知症等により、本人が郵便物を管理することができないため 3. 成年後見人・保佐人・補助人が郵便物を管理するため※ 4. 介護上の理由から、親族のもとへ一時的に居所を移しているため 5. その他（ ）

※成年後見人・保佐人・補助人が届出する場合、届出には登記事項証明書が必要です。

本人確認	個 ・ 運 ・ 保 その他（ ）	成年後見人等 による 届出の場合	□ 登記事項 証明書の写し	受 付 者	
------	---------------------	------------------------	------------------	-------------	--