

介護保険送付先届

大阪市長

		令和	年	月	日
届出人氏名		被保険者 との関係			
届出人住所	〒 電話番号				

*届出に関してお問い合わせをする場合がございますので電話番号は必ずご記入ください

介護保険にかかる書類の送付先を次のとおり届出します。

記

※届出人が成年後見人の場合、登記事項証明書、届出人となる方の公的機関が発行する身分証明書（運転免許証等）を添付してください。

1. どなたの書類ですか

被保険者番号		※介護保険証等に記載の10桁の番号を記入してください			
フリガナ		生年月日			
被保険者氏名		明・大・昭	年	月	日
被保険者住所					

2. この届出は 該当する届出にチェックをしてください

届出	<input type="checkbox"/> 新規（初めて届出をする場合） <input type="checkbox"/> 変更（以前の送付先から別の送付先にする場合） <input type="checkbox"/> 削除（以前の送付先から被保険者の自宅に送付する場合）
----	---

3. どんな書類ですか 今後送付先へ送付させていただく書類の種別にチェックをしてください

書類種別	<input type="checkbox"/> 全て（介護保険に関する全ての書類） 書類別 <input type="checkbox"/> 収納（決定通知書や納付書など保険料に関する書類） <input type="checkbox"/> 給付（住宅改修や福祉用具など保険給付に関する書類） <input type="checkbox"/> 認定（認定結果通知や被保険者証など要介護度に関する書類）
------	---

4. どこに送付しますか

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ 〒				
方書	送付先の世帯主など宛名を記入してください		被保険者 との関係		
送付先住所の 電話番号		連絡先の 電話番号			

5. どんな理由ですか

届出理由	
------	--

6. 本人同意欄（本人以外の届出の場合） 届出人が本人・成年後見人の場合、同意は不要です。

介護保険にかかる書類の送付先届について、上記のとおり同意します。

被保険者氏名

課長	課長代理	担当係長	係員