

介護保険送付先届

大阪市長

令和 年 月 日

フリガナ 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は登記事項証明書を添付してください。

1. 送付先を変更する被保険者について

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 被保険者氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日
被保険者住所		

2. 届出状況について

※該当する届出にチェック☑してください

届出区分	<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. 送付を希望する書類について

※業務種別ごとに送付先を設定できますので、必要項目にチェック☑してください

業務種別	<input type="checkbox"/> 全て (下記に関する書類)
	<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、負担割合証など保険給付に関する書類)
	<input type="checkbox"/> 認定 (認定結果通知など要支援・要介護認定に関する書類)

4. 送付先情報について

※届出人情報と同じ場合はチェック☑を入れ、記入は不要です

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ 〒		
方書 (送付先受取人の氏名等)	<input type="checkbox"/> 届出人氏名と同じ	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ
送付先住所の 電話番号	<input type="checkbox"/> 届出人電話番号と同じ	送付先受取人の 連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 届出人電話番号と同じ

5. 届出理由について

届出理由	<input type="checkbox"/> 親族等が管理するため (本人が管理できないため) <input type="checkbox"/> 被保険者が施設入所・入院のため <input type="checkbox"/> 成年後見人に選任されたため <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

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