

介護保険送付先届

本人と親族、成年後見人以外が申請する場合は委任状が必要です

(提出先) 大阪市長

| | | | |
|-------|--------------------------------|------------------------------------|-----|
| 届出人氏名 | 鶴見 次郎 | 被保険者との関係 | 次 男 |
| 届出人住所 | 〒 538-0052 大阪市鶴見区横堤5丁目4番19号 | | |
| 電話番号 | 06 (1234) 5678 | ※届出についてお問い合わせをする場合がありますので必ずご記入ください | |

- ・届出人が被保険者本人及び成年後見人以外の場合は下段に被保険者本人の同意が必要です
- ・届出人が成年後見人の場合は、登記事項証明書及び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)の写しを添付してください。

次のとおり介護保険にかかる書類の送付先を届出します。

記

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|---|---|---|---|----------|-----|---|---|--|
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 被保険者氏名 | 鶴見 太郎 | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 大阪市鶴見区鶴見緑地1-15 | | | | | | | | | | |
| 届出の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 (初めて届出をする場合) <input type="checkbox"/> 変更 (現在設定されている送付先を別の送付先に変更する場合) <input type="checkbox"/> 削除 (送付先設定を削除して住民票の登録地に送付する場合) | | | | | | | | | | |
| 設定する書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 収納 (決定通知書や納付書など介護保険料に関する書類) <input checked="" type="checkbox"/> 給付 (介護サービスをご利用された場合などの保険給付に関する書類) <input checked="" type="checkbox"/> 認定 (介護認定結果通知など介護保険の認定に関する書類) | | | | | | | | | | |
| 送付先住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 届出人住所と同じ | | | | | | | | | | |
| 送付先の方書 | 鶴見 次郎 | ※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 | 次 男 | | | |
| 連絡先電話番号 | 090 (1234) 5678 | | | | | | | | | | |
| 届出の理由 | 例) 認知症が進み管理できない。 入院しているため など | | | | | | | | | | |
| 被保険者同意欄 (被保険者氏名・印) | 鶴見 太郎 | | | | | | | | | | |

住民登録している住所を記入してください

送付先を設定したい書類にチェックをいれてください

本人と成年後見人以外が申請する場合は委任状の添付があっても本人の同意が必要です