

介護保険関係書類送付先変更届出書

福 津 市 長 様

下記被保険者の介護保険関係書類について、 送付先を変更しますので届け出ます。
 送付先変更を取り消しますので届け出ます。

届出日 年 月 日

届出者	関 係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（続柄： ） <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他（ ）
	氏 名	
	住 所	※被保険者と同一の場合は記入不要
	連絡先	

被保険者	被保険者番号														
	フリガナ					生年月日		明・大・昭		年		月		日	
	氏 名					性 別		男	・	女					
	住 所	〒		—											
	送付先 ※取消の場合 は記入不要	〒		—											様方（届出者と異なる場合は続柄： ） （届出者と異なる場合は連絡先 — — ）

（事務欄）

申請者	<input type="checkbox"/> 個人番号C	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 住基C	<input type="checkbox"/> 身障者手帳	課長	係長
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 他（ ）	証 No.				
本人確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）					担当	受付
支援措置対象者ではないか	<input type="checkbox"/> 成年後見人等		<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（写し要）				
確認済 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー他		<input type="checkbox"/> 委任状				
※ 顔写真付の証明書は1点で確認（証 No. 要）、顔写真のない証明書は2点で確認（写し要）							

（入力確認） EXCEL ADWORLD LP 処理完了日 /