**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** | □本人　□親族（続柄：　　　　）　□成年後見人　□保佐人　□補助人  □ケアマネジャー 　□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　本人確認 | **□個人番号Ｃ** | **□運転免許証　　□旅券　　□住基Ｃ　　□身障者手帳** | | | 課長 | 係長 |
| **□介護支援専門員証　□他（　　　　　　　）** | | | 証No. |  |  |
| □介護保険証　□年金手帳　□医療保険証　□その他（　　　　　　　） | | | |
| 支援措置対象者ではないか | | □成年後見人等 | □登記事項証明書（写し要） | | 担当 | 受付 |
| 確認済　□ | | □ケアマネジャー他 | □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　　　　／