

介護保険 送付先変更届

高齢者支援室 介護保険担当 宛

被保険者番号	
--------	--

●変更前住所

フリガナ	
被保険者氏名	
現在の送付先住所	

▼変更後住所

フリガナ		
送付先住所	〒	
送付先の連絡先	TEL	
フリガナ		続柄
宛名 (20文字以内)		

太枠内をきれなくお書きください。

上記のとおり、送付先変更届を提出します。

令和 年 月 日 届出人名 (続柄 (※))

届出人連絡先 TEL

※注意事項

- ① 窓口に来た方の本人確認書類が必要
(郵送の場合は届出人の本人確認書類の写しを添付)
- ② 同世帯の家族・成年後見人以外(ケアマネジャー等)の場合は裏面の委任状が必要
- ③ 成年後見人の場合は別添で登記事項証明書が必要
- ④ 法人後見人の場合は、原則届出人名の欄に「法人名 役職名 代表者名」を記入。
届出人名が上記法人代表者以外のときは、委任状が必要。窓口に来た方の職員証等、法人との関係性の確認書類を持参すること。
- ⑤ 生活福祉課の担当ケースワーカーの場合は添付書類不要

(来庁 郵送 調査時)

受付年月日

受付者記入欄 変更するものに○をつけてください。(認定関係・保険料関係・給付関係)

受付者

〈作業チェック欄〉

認定関係	保険料関係	給付関係

(令和5年7月版)

※届出人が、同世帯の家族・成年後見人以外の場合は、下記の委任状をご記入ください。

委 任 状

令和 年 月 日

私は、下記のとおり代理人を定め、次の権限を委任します。

1. 介護保険 送付先変更の届出に関する権限

記

委任者	氏名	①
	住所	
代理人	氏名	
	住所	