

## 介護保険 送付先変更 [ 開始・変更・終了 ] 届

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |   |   |   |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|---|---|---|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                | 被保険者番号       |       |   |   |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                | 生 年 月 日      | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 現在送付先<br>住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 〒                                                                                                                                                                                                                                              | 現在送付先<br>氏 名 | □本人   |   |   |   |  |  |  |  |
| 送付先変更日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 令和 年 月 日 から 開始 ・ 変更 ・ 終了                                                                                                                                                                                                                       |              |       |   |   |   |  |  |  |  |
| 変 更 理 由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 独り暮らしで家に文書を受け取る者がいない<br><input type="checkbox"/> 施設に入所（ 住所変更済・住所変更不要 ）<br><input type="checkbox"/> 認知症等で本人宛てに送ると紛失、しまい込みのおそれがある<br><input type="checkbox"/> 以前送付先を変更していたが、必要が無くなった<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |              |       |   |   |   |  |  |  |  |
| 変 更 先<br>住 所 ・ 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 住所登録地に送付先を戻す<br><input type="checkbox"/> 送付先変更<br>※新しい送付先（届出者と同じ場合は不要）<br>〒<br>住 所<br><br>フリガナ<br>氏 名 _____ [電話番号] _____<br>（被保険者から見た続柄： ）                                                                            |              |       |   |   |   |  |  |  |  |
| 送 付 先 変 更<br>希 望 選 択 欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 介護保険関係全書類 <input type="checkbox"/> 要介護認定関係書類 <input type="checkbox"/> 保険給付関係書類<br><input type="checkbox"/> 高齢福祉事業 移送・配食・見守り <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                           |              |       |   |   |   |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日<br>届出者 〒<br>住 所<br><br>フリガナ<br>氏 名 _____ 電話番号 _____<br><br>※申請者が本人及び本人の家族以外の方は、依頼者をご記入ください。<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 本人から依頼    <input type="checkbox"/> 本人の家族から依頼    <input type="checkbox"/> 送付先人と同じ<br/> <input type="checkbox"/> 送付先人以外           </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">             依頼人の氏名：<br/>             依頼した本人から見た続柄：           </div> </div> <input type="checkbox"/> その他（理由： ） |                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |   |   |   |  |  |  |  |
| 備考欄（特に注意したいこと等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |   |   |   |  |  |  |  |

|            |                                                                                                                         |        |         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
| 横手市<br>記入欄 | 備考<br><input type="checkbox"/> 介護システム入力<br><input type="checkbox"/> 高齢福祉システム入力<br><input type="checkbox"/> 納付管理（宛名処理確認） | 《入力者印》 | 《窓口受付印》 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|