

介護保険関係書類送付先変更届

入力日 /	確認
----------	----

五戸町長 様

私は、次の介護保険被保険者に係る介護保険関係書類の送付先の変更を届出します。

申出者	住所 〒	—
	フリガナ	
	氏名	Ⓜ
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号	— — (自宅・携帯・その他)

被保険者	氏名	被保険者番号									
	(生年月日 明 大 昭 年 月 日)										

届出日	令和 年 月 日から	新規 ・ 変更 ・ 解除
送付先	住所 <input type="checkbox"/> 申出者と同じ <input type="checkbox"/> 住所登録地に送付先を戻す	〒 —
	フリガナ	
	氏名 <input type="checkbox"/> 申出者と同じ	続柄 ()
	電話番号 <input type="checkbox"/> 申出者と同じ	— —
※被保険者本人に関する対応ができる方の電話番号を記入してください。		
届出理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らし等で家で文書を受け取る者がいないため <input type="checkbox"/> 認知症等で家に送ると紛失する恐れがあるため <input type="checkbox"/> 施設入所により不在となるため <input type="checkbox"/> 送付先を変更していたが、必要なくなったため <input type="checkbox"/> 本人が死亡したため <input type="checkbox"/> 本人が転出したため <input type="checkbox"/> その他 ()	
変更希望 文書	<input type="checkbox"/> 介護保険に関する全書類 ただし、 に係る書類を除く	

(重要事項) 必ずお読みください。

- ・送付先が施設等の場合は、必ず施設等の了承を得てからこの届を町へ提出してください。
- ・送付先に送付しても返送される場合等は、被保険者に送付することがあります。
- ・五戸町は、この届によって生じるいかなる損害等について、その責を負いません。
- ・送付先を再度変更する場合は、再度届出をお願いします。