

# 介護保険関係書類 送付先設定（変更・取消）届

被 保 険 者	フリガナ				介護保険被保険者番号			
	氏名							
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別		
	住所	〒 ー						
	電話	( )						
変 更 後 の 送 付 先	フリガナ				被保険者との続柄			
	氏名				様方			
	住所	〒 ー						
理 由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 施設入所・入院のため（施設名等） <input type="checkbox"/> 送付先（受取人宅）に滞在しているため <input type="checkbox"/> 書類の管理が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 送付先（受取人）変更のため <input type="checkbox"/> 送付先（受取人）の住所が変更になったため <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	<input type="checkbox"/> 取消	<input type="checkbox"/> 住所地で書類管理できるようになったため <input type="checkbox"/> その他（ ）						
設 定 内 容	<input type="checkbox"/> 受給者管理（被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証 等） <input type="checkbox"/> 納付管理（介護保険料関係のお知らせ等） <input type="checkbox"/> 給付管理（高額介護サービス費や住宅改修費等の支給に関するお知らせ等）							
<p>大洲市長 様</p> <p>介護保険関係書類について、上記のとおり送付してください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (被保険者 または成年後見人等)</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">(代筆) <span style="float: right;">(本人との続柄)</span></p>								

※被保険者本人の介護保険被保険者証または運転免許証等の身分確認ができるものを提示してください（郵送の場合写しを添付）

※提出者が成年後見人、保佐人または補助人の場合、登記事項証明書の写しを添付してください