介護保険関係通知等送付先変更届

　　年　　月　　日

坂東市長　様

当該被保険者に対する介護保険に関する通知等については、下記の理由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先を変更していただきたく届出いたします。

　送付先変更に伴う不利益は全て被保険者及び届出人の責任とし、坂東市に責任を問わないことを申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 大 ・ 昭　　 年　　 月　　日 | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| 届出人 | フリガナ |  | 被保険者との関係 | | | | | | | | | | |
| 届出人氏名 |  | □本人　　　　　□親族（続柄：　　　　　）  □成年後見人　　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | |
| **□ 届出人と同じ（※変更送付先が届出人と同じ場合は、記載は不要です。□にチェックを入れてください。）** | | | | | | | | | | | | | |
| 変更送付先 | フリガナ |  | 被保険者との関係 | | | | | | | | | | |
| 宛先氏名 |  | □本人　　　　　□親族（続柄：　　　　　）  □成年後見人　　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | □ 新規　　　　　　□ 変更　　　　　□ 終了 |
| 変更の理由 | □　本人が施設又は病院に入所・入院中のため  　□　郵便物の管理が困難なため  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※送付先をさらに変更する場合（施設入所等を含む）や送付先を変更する必要がなくなった場合には、速やかに本届出を行ってください。届出がなされない場合は、既に届出がされている送付先へ送付いたします。

　※事務処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 記載 | 入力 | 確認 |
|  |  |  |  |