

# 介護保険 送付先変更届

(あて先) 飯塚市長

飯塚市の介護保険関係の文書等について、次のとおり送付先の変更をお願いします。この届出により生じた問題は届出人が責任を持って解決し、下記の注意事項についても全て同意します。

### ～ 注 意 事 項 ～

1. この変更届は介護保険関係の文書のみ適用されます。
2. 他の文書(市税・後期高齢者医療保険関係等)については、別途その担当課にて手続きが必要です。
3. 送付先の再変更や終了をする場合は、再度この届出による手続きが必要です。
4. 住民票を異動しても、送付先の変更は連動して変更または終了となることはありません。
5. 送付先の住所地に発送した郵便物が届かずに飯塚市に返却された場合や、個人情報の管理上問題があると飯塚市が判断した場合は、予告なく送付先の変更を終了することがあります。
6. 被保険者本人の氏名をあて先から削除することはできません。

### 記入欄

届出人	フリガナ				届出日	年	月	日
	氏名				被保険者との続柄( )			
	住所 (事業所所在地) 電話番号	電話番号						
	事業所の場合 (介護職員等)	事業所名			届出人の 生年月日	年	月	日
	身元確認書類 (添付必須)	1点確認(顔写真付きの官公署発行書類)				2点確認(顔写真無しの官公署発行書類)		
<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 個人番号カード			<input type="checkbox"/> 介護保険証(被保険者証・負担割合証)等			
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書		<input type="checkbox"/> 健康保険証(社保・国保・後期)等				
	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証		<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 年金手帳			
	<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> その他( )			

※届出人の身元確認書類の添付が無い場合、この届出書を受け付けることはできません。

※届出人が後見人の方である場合は、登記事項証明書の写しを必ず添付してください。

被保険者本人	被保険者番号 (記入必須)								届出区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 終了
	フリガナ								性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名									生年月日	年	月
	送付先住所 電話番号	〒										
		様方(続柄: ) 電話番号										
	身元確認書類 (添付必須)	1点確認(顔写真付きの官公署発行書類)						2点確認(顔写真無しの官公署発行書類)				
<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 個人番号カード					<input type="checkbox"/> 介護保険証(被保険者証・負担割合証)等					
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書				<input type="checkbox"/> 健康保険証(社保・国保・後期)等						
	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 年金手帳					
	<input type="checkbox"/> その他( )											
送付先 変更理由	<input type="checkbox"/> 一時的に住民票の住所地ではないところに居住しているため。 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が高齢・病気等の理由により、書類の管理が困難であるため。 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため。 <input type="checkbox"/> その他( )											

※被保険者番号(被保険者本人分)の記載が無い場合、この届出書を受け付けることはできません。

市役所 確認欄	受付方法	受付印	受付者	システム入力者	確認者
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便				
				月 日	月 日