

介護保険関係書類送付先変更届出書

(提出先)

年 月 日

川 越 市 長

以下の通り、被保険者の介護保険関係書類送付先の **(変更・解除)** を届け出ます。

この届出書は、**届出者による自署に相違なく、送付先に変更が生じた場合、または変更が不要になった場合は、速やかに届け出ます。**

また、**この届け出により発生する諸問題は、届出者が責任をもって対処します。**

届出者 <small>※氏名欄は必ず自筆のこと。</small>	フリガナ			
	氏 名		被保険者との続柄	
	住 所	〒		
	電話番号			

被保険者	被保険者番号	1	0	0					
	住 所	〒							
	フリガナ				生年月日				
	氏 名				年	月	日		

変更理由	<input type="checkbox"/> 書類の管理が困難になった為。 <input type="checkbox"/> 後見人・補助人・保佐人が選任されたため。 <input type="checkbox"/> その他 (理由: _____)								
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

送付先	フリガナ			
	氏 名		被保険者との続柄	
	住 所	〒		
	電話番号			
<input type="checkbox"/> 被保険者本人の氏名にて送付する。 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の氏名を記載しないで送付する。(納入通知書を除く。)				

添付書類	届出者が被保険者本人の場合… 届出者の「本人確認に関する書類の写し」 任意代理人による届出の場合… 代理人の「本人確認に関する書類の写し」と「委任状」 <small>※本人確認に関する書類…顔写真付きの場合は1点、顔写真なしの場合は2点</small> <small>※委任状がない場合は「被保険者との関係を証する書面」(例：戸籍謄(抄)本等)</small>								
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

※この欄は市が記入します。 (川越市役所介護保険課)	受付者	認 定	管理給付	保険料	備 考
					入力チェック <input type="checkbox"/> AD介護 <input type="checkbox"/> AD住記

確認書類等	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> その他(確認書類 _____)								
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

委任状

【代理人】 住所 〒 _____ - _____

氏名（続柄） _____（ _____ ）

生年月日 _____年 _____月 _____日

連絡先 電話 _____（ _____ ）

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

1. 介護保険関係書類の送付先変更手続きに関する一切の権限

以上

_____年 _____月 _____日

（提出先） 川越市長

【委任者（被保険者）】

住所 〒 _____ - _____

氏名（署名） _____

生年月日 _____年 _____月 _____日

連絡先 電話 _____（ _____ ）

※委任状は原則、委任者による自筆が必要ですが、自筆できない明白な事情がある場合等、該当する場合にはし、必要事項をご記入ください。

委任者に了承を得て代筆しました。

代筆者名 _____ 委任者との関係 _____（ _____ ）

代筆者住所 _____

代筆となった理由 _____（ _____ ）