介護保険関係書類送付先（指定・変更）届出書

※指定・変更どちらかに〇をしてください。

（宛先）藤　井　寺　市　長

私宛の書類を下記に送付してください。この届出については、私が一切の責任を負うことに同意します。なお、この届出の内容に変更があった場合には、直ちに届け出ます。

被保険者番号		届出年月日	年　月　日
フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
被保険者氏名			
被保険者住所及び電話番号	〒（　　－　　）電話（　　）		

※被保険者本人が届出しない場合は、ご記入ください。↓

私は、下記の者を代理人として介護保険関係書類送付先指定又は変更の届出に関する権限を委任します。

被保険者氏名　　㊞

代理人	フリガナ		性別	男・女
	氏名		被保険者との続柄	
	電話番号	（　　）		
	住所	〒（　　－　　）		

送付先を指定または変更する書類の種類 （選択されていない場合は、介護保険関係すべての書類を送付いたします。） **※受理日より適用開始します。**		1　介護保険関係すべて 2　資格・認定・給付関係 （介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、要介護認定通知書、介護保険負担限度額認定証、高額介護サービス費支給申請書等） 3　介護保険料関係 （介護保険料決定通知書、介護保険料納付通知書等）		
届出前　送付先住所		〒（　　－　　） □代理人住所と同じ　□ 被保険者住民票上住所と同じ		
届出後送付先 （宛名は被保険者名になります。）	住所	〒（　　－　　） □代理人住所と同じ　□ 被保険者住民票上住所と同じ		
	電話	□代理人と同じ		
	送付先（方書）の氏名		被保険者との続柄	

以下市区町村記入

【被保険者（代理人が届出する場合は代理人）の本人確認】□運転免許証　□パスポート　□その他（　　） 【代理人が成年後見人、保佐人・補助人の場合の添付資料】□登記事項証明書　□公正証書　□保佐人・補助人の場合：病状等の進行により事理弁識能力が失われた旨記載の書面	受理担当者 入力確認者