

介護保険関係文書送付先(□変更・□変更解除)申請書

別記

被 保 険 者 (本 人)	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名											
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日										
	現 住 所	〒 —										
送 付 先	住 所 (この住所に 送付先を変更する)	☐ 被保険者住所と同じ 〒 — 電話番号(— —)										
	氏 名※	☐ 本人氏名を表示しない								被保険者 との続柄		

※原則として、今後介護保険関係文書は住所に続けて「送付先氏名 様方」を追記して送付します。もし本人氏名を表示せず、送付先氏名のみの表示としたい場合、送付先氏名欄の「☐本人氏名を表示しない」にチェックしてください。

申 請 理 由	☐ 住所地に本人がいないため ☐ 病気などにより書類管理が困難 ☐ 成年後見人(保佐人、補助人を含む)を受取人とするため ☐ 被保険者死亡のため ☐ その他 ()
解 除	☐ 送付先変更を解除し、現住所あて送付に戻す

東三河広域連合長 様

上記のとおり、送付先の変更(変更解除)を申請します。

年 月 日

申 請 者	氏 名		被保険者 との続柄	
	住 所 (事業所の場合 は事業所名も)	☐ 送付先住所と同じ※電話番号は必ず記載してください。 〒 — 電話番号(— —)		

この申請にあたり、以下のことを誓約します。

○申請者の身元を確認できる書類及び代理権を確認できる書類を提示(郵送の場合は複写を添付)し、その内容に虚偽はありません(被保険者が成年被後見人、被保佐人、被補助人の場合、窓口申請であっても登記事項証明書又は審判確定証明書の複写の添付必須)。

○申請内容に変更が生じた場合は、速やかに東三河広域連合まで届け出ます。

○先に送付先が変更されている場合は、その送付先変更が解除された後に、当該申請により送付先を変更することを了承します(同一申請者の場合を除く)。

○送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった又は連絡が取れなくなった場合は、東三河広域連合が適宜送付先変更を解除することを了承します。

○この申請に関係するすべての責任は申請者が負い、後に問題が生じた場合でも貴職に異議申し立てしません。

※裏面:窓口・広域連合使用欄

●窗口处理欄

申請者	確認書類	1点	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 介護支援専門員証 ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ その他()
		2点	☐ 医療保険の資格情報が確認できるもの ☐ 介護保険関連証書(保・割・限) ☐ 年金手帳又は基礎年金番号通知書 ☐ その他()
	確認方法		☐ 複写添付 ☐ 目視(証番等:)
代理権	確認書類	☐ 被保険者の医療保険の資格情報が確認できるもの ☐ 被保険者の介護保険関連証書 ☐ 委任状(原本添付) ☐ 後見等登記事項証明書 ☐ 後見等審判確定証明書 ☐ その他()	
	確認方法	☐ 複写添付 ☐ 目視(証番等:)	

- ・申請者が被保険者本人の場合は「申請者確認」のみ行うこと。
- ・申請者が被保険者以外の場合は「申請者確認」と「代理権確認」を両方行うこと。

● 窓口入力確認欄

	受 付	入 力	点 検
担当者			
日付			
確認項目		送付先 □	送付先統合管理 □

- ・原則、受付および入力と点検は別の者が行うこと。
- ・原則、受付日に点検まで行うこと。

●広域連合確認欄

	点 検
担当者	
日付	
確認項目	送付先 送付先統合管理 ☐ ☐