

平素は、本市福祉行政にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、介護保険送付先登録・変更・終了届出書を送付いたします。下記の記入例を参考に必要事項をご記入いただき、添付書類と合わせて同封の封筒にて介護保険課まで返送してください。(切手を貼ってください。)

【添付書類】 以下の2点を添付してください。

- ① 送付先を設定する住所が記載されている届出人の本人確認書類の写し
- ② 被保険者の本人確認書類の写し

- ・届出人と被保険者が同住所であり、宛名のみ変更する場合は①のみ添付してください。
- ・すでに登録している送付先を、別の方へ送付先変更する場合は両者から届出が必要です。
- ・終了の場合は①のみ添付してください。

ご不明な点がございましたら、介護保険課 資格担当(0797-77-2069)までお問い合わせください。

【記入例】

介護保険送付先 登録・変更・終了 届

(あて先) 宝 塚 市 長

次のとおり、届出人住所を送付先として届出します。なお、届出人以外の者から異議申し立てがあったときは、届出人の責任において解決し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを確約します。

【添付書類】 以下の2点を添付してください。

- ① 送付先を設定する住所が記載されている届出人の本人確認書類の写し
- ② 被保険者の本人確認書類の写し

該当する欄に
✓を入れてください。

届出内容にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 登録	届出人住所に送付先を登録する。
<input type="checkbox"/> 変更	すでに送付先を登録しているが、届出人住所に送付先を変更する。
<input type="checkbox"/> 終了	送付先を登録しているが、登録を終了し被保険者住所へ送付する。

被保険者本人の氏名等をご記入ください。

届出日	令和 年 月 日	被保険者番号	
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
被保険者氏名			
被保険者住所			

届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号	
被保険者と同居の場合 記入不要	〒		

送付先の登録先の方の
氏名等をご記入ください。

登録理由 ※変更・終了は 記入不要	<input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> 被保険者による書類管理が難しいため <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------	---

該当する欄に
✓を入れてください。