

記載例

介護保険関係文書送付先(☑変更・□変更解除)申請書

被 保 険 者 (本 人)	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	性 別
	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏 名	広域 太郎	男・女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 11年 11月 11日	
	現 住 所	〒440-0806 豊橋市八町通2-16	
送 付 先	住 所 (この住所に 送付先を変更する)	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 〒442-8601 豊川市諏訪一丁目1番地 電話番号(0533 - 00 - 00××)	
	氏 名※	<input type="checkbox"/> 本人氏名を表示しない 三河 花子	被保険者 との続柄 長女

※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、送付先氏名のみを表示としたい場合、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	<input type="checkbox"/> 住所地に本人がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 病気などにより書類管理が困難
「□本人氏名を表示しない」にチェックがない場合… → 豊川市諏訪一丁目1番地 三河 花子 様方 広域 太郎 様	()を受取人とするため () 送付に戻す

「☑本人氏名を表示しない」にチェックをした場合…

→ 豊川市諏訪一丁目1番地 三河 花子 様
宛名に本人氏名を表示しません

申 請 者	氏 名	三河 一郎	被保険者 との続柄	長女の夫
	住 所 (事業所の場合 は事業所名も)	<input checked="" type="checkbox"/> 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(090 - 0000 - 0000)		

この申請にあたり、以下のことを誓約します。

必ずお読みください

- 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。

裏面に「申請の際の注意点」があります。

● 窓口処理欄

申請	確認書類	裏面は窓口処理欄のため記載不要です	
		申請の際の注意点	
・ 必要書類			
①送付先変更申請書（この書類）			
②申請者（窓口に来た人）の身分を証明する書類（マイナンバーカード、運転免許証など顔写真つきの公的証明書は1点、健康保険証など顔写真のない身分証明書は2点）			
③本人以外が申請者である場合、代理権を証明する書類（委任状、または本人の健康保険証や介護保険証などの公的証明書1点）			
・ 提出方法			
東三河広域連合介護保険課または構成市町村（豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村）の介護保険窓口あて持参、あるいは郵送にてご提出ください。			
郵送の場合は各種添付書類の写しを添付してください。ただし委任状は原本を添付してください。			
・ その他			
申請書表面の誓約文を必ずお読みください。			
後日の申請内容確認のため、必要に応じて写しをとってからご提出ください。			
日付			
確認項目	送付先	送付先統合管理	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	