介護保険関係書類送付先変更届

被保険者	氏 名						生年月日	年　月　日			
	番 号										
	住 所	〒　－ 電話番号　-　-									
区分	□ 送付先変更　□ 送付先変更の解除 ※ 送付先変更の解除の場合は、送付先欄及び変更内容欄の記入不要										
送付先	氏 名						続 柄				
	住 所	〒　－ 電話番号　-　-									
	□ 福生市内で転居した場合、引き続き受け取りを希望します。										
変更内容	変更理由	□本人が管理することが困難なため　□成年後見人・補助人等 □入所・入院のため　□本人が死亡のため □その他（　　）									
	変更項目	□全　て □資格に関する通知　（被保険者証、受給資格証明書等） □保険料賦課に関する通知　（納入通知書、督促状、還付通知書等） □受給者管理に関する通知　（負担割合証、負担限度額認定証等） □認定管理に関する通知　（要介護認定結果通知書、更新のお知らせ等） □給付管理に関する通知　（高額介護サービス費決定通知等） □総合事業に関する通知　（高額介護予防サービス費相当事業決定通知等）										

重要事項

□ 届出に際して、事前に被保険者本人、親族その他関係者と調整し同意を得ていること。

□ 介護保険関係書類の送付先変更が既にされていて、その送付先を変更する場合は、元々設定されている宛先の対象者に変更することについて了承を得ていること。

□ 届出者の身分確認書類（運転免許証、個人番号カード、職員証等）の写しを添付すること。

福生市長　宛

重要事項に同意の上、介護保険関係書類の送付先の変更について届出します。

年　月　日

届出者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿被保険者との関係：＿＿＿＿

市記入欄		宛名番号：		
入力	確認	対象者確認 □	係長	課長

（受付印）