

記入例

介護保険関係書類送付先

松前町長 あて

次のとおり送付先の変更（取消）を届出します。

本人以外が申請する場合は、届出者の身分証明証の写しを添付してください。
事業所職員が届出を行う場合、住所は事業所の住所を記入してください。

〇〇日

| | |
|-------|---|
| 届出者氏名 | 岡 田 花 子 |
| 届出者住所 | 〒***-*** 〇 〇 町 △ △ ***-** 電話番号（***）***-**** |

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所及び電話番号は不要です。

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--------|--|---|---|---|---|------|-----------------|---|---|---|--|
| 被保 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | * | * | * | * | * | * | |
| | 姓 名 | マサキ タロウ | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 **年**月**日 | | | | |
| | 姓 名 | 前 太 郎 | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | |
| | 住 所 | 92 前 町 筒 井 6 3 1 電話番号（089）984-8916 | | | | | | | | | | |

送付先を設定する場合は「1」に、現在設定されている送付先を変更する場合は「2」に、送付先を住民票の住所地に戻す場合は「3」に○をつけてください。

送付先を変更（取消）するものに○をつけてください。

| | | | |
|--------------|---|---|---------------|
| 申請事由 | <input type="radio"/> 1. 新規設定 <input type="radio"/> 2. 変更届出 <input type="radio"/> 3. 取消届出 | | |
| 送付先を変更する関係書類 | <input type="radio"/> 1. 認定・受給減免関係 <input type="radio"/> 2. 給付関係 <input type="radio"/> 3. 保険料関係 | | |
| 送付先を変更する理由 | 1. 本人による管理が困難なため <input checked="" type="radio"/> 2. 一時的に住所地とは異なる場所で生活している 3. その他（ | | |
| 変更送付先 | 住 所 | 〒***-*** 〇 〇 町 △ △ ***-** 電話番号（***）***-**** | |
| | 宛 名 人 | 岡 田 花 子 | 本人との関係 長 女 |
| 備 考 | 本人と相当の関係を有する者の氏名を記入して下さい。ケアマネージャーや病院職員宛への送付はできません。 | | |

- 注1 この届出書は、町から送付される各種の介護保険関係書類を送付することにより、本来の住所地以外の場所への送付を希望する場合は、送付先変更は、取消届出があるまで継続します。
- 2 指定送付先の宛名人は、郵便物が間違いなく配達されるための方書きとなりますので、本人と相当の関係を有する者の氏名を記入して下さい。
- 3 送付先を指定する特別の理由が認められないとき、指定送付先の宛名人等の了解が得られないとき、通常郵便による送付が困難な場所を指定したときなどは、その申出を受理できない場合がありますので、ご了承願います。
- 4 届出者が本人以外の場合、身分証明書の写しを添付して下さい。