

# 介護保険各種通知書送付先変更届出書

(あて先) 鎌倉市長

介護保険に関する送付物の送付先について、下記のとおり変更を届け出ます。

|      |                                          |      |                                                |                             |                             |
|------|------------------------------------------|------|------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 届出日  | 年 月 日                                    | 届出区分 | <input type="checkbox"/> 新規                    | <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 解除 |
| 変更理由 | <input type="checkbox"/> 施設入所または入院のため    |      | <input type="checkbox"/> 認知症等により書類の管理が困難になったため |                             |                             |
|      | <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため |      | <input type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため        |                             |                             |
|      | <input type="checkbox"/> その他特段の事情 ( )    |      |                                                |                             |                             |

## ① 被保険者情報

|            |   |   |   |   |      |       |   |   |      |     |
|------------|---|---|---|---|------|-------|---|---|------|-----|
| 被保険者番号     | 0 | 0 | 0 | 0 |      |       |   |   |      |     |
| フリガナ       |   |   |   |   | 性別   | 男 女   |   |   |      |     |
| 氏名         |   |   |   |   | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日    |     |
| 住民登録<br>住所 | 〒 |   |   | - |      |       |   |   | 電話番号 | ( ) |

## ② 届出者情報

|      |                                                                                                    |  |  |   |      |        |  |  |  |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|------|--------|--|--|--|--|
| フリガナ |                                                                                                    |  |  |   | 電話番号 | 自 宅 :  |  |  |  |  |
| 氏名   |                                                                                                    |  |  |   |      | 携帯電話 : |  |  |  |  |
| 住所   | 〒                                                                                                  |  |  | - |      |        |  |  |  |  |
| 関係   | <input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |   |      |        |  |  |  |  |

## ③ 送付先情報

上記の届出者を送付先とする (この場合、下記「送付先」欄は記入不要です。)

|      |                                                                                                                                                                                   |  |  |   |      |        |  |  |  |  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|------|--------|--|--|--|--|
| フリガナ |                                                                                                                                                                                   |  |  |   | 電話番号 | 自 宅 :  |  |  |  |  |
| 氏名   |                                                                                                                                                                                   |  |  |   |      | 携帯電話 : |  |  |  |  |
| 住所   | 〒                                                                                                                                                                                 |  |  | - |      |        |  |  |  |  |
| 続柄   | <input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※被保険者に成年後見人が選任されている場合で、成年後見人以外を送付先にするときは、裏面の承諾欄に成年後見人の承諾を得たうえで届出書を提出してください。 |  |  |   |      |        |  |  |  |  |

## ④ 送付先変更内容等

|                       |                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送付先変更内容<br>(※右欄にチェック) | <input type="checkbox"/> 要介護認定に関する書類 (被保険者証、認定結果通知、負担限度額認定証等)<br><input type="checkbox"/> 介護保険料・介護保険給付に関する書類 (保険料額決定 (変更) 通知書、納付書等・給付費支給決定通知書等) |
| 添付書類<br>(※詳細は裏面参照)    | ① 運転免許証・健康保険証等、届出者の確認ができる書類<br>② (届出者が被保険者の成年後見人等である場合は) 成年後見等開始の審判書又は成年後見人等の登記事項証明書 (写し可)                                                      |

※裏面のご案内もご確認ください

## ○介護保険各種通知書送付先変更届出書に係る承諾欄

※被保険者に成年後見人が選任されているが、成年後見人以外を送付先にする場合にご記入ください。

私は、表面に記載のある介護保険各種通知書の送付先の変更について内容を確認したので、送付先を変更することについて承諾します。

年 月 日 成年後見人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

## 介護保険各種通知書送付先変更届出の手続きのご案内

### 1. 送付先の変更手続きに必要な書類について

- ① 介護保険各種通知書送付先変更届出書
- ② 届出者の本人確認書類1点（郵送で申請する場合は写しが必要となります）  
EX) 運転免許証（裏面の住所変更欄含む）、マイナンバーカード、住基カード、健康保険証等
- ③ 届出者が成年後見人、保佐人、補助人、任意後見人の場合、後見（保佐・補助・任意後見）開始の審判書（写）又は登記事項証明書（写）

### 2. 送付先を変更する上での注意事項

|   |                                                                                                                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | 送付先を変更するにあたっては、必ず事前に本人及び届出者以外の家族・親族等に知らせてください。<br>また、現在送付先を変更してあり、改めて送付先を変更する場合又は送付先変更を解除する場合は、現在の送付先となっている方の同意を得てください。                                                           |
| ② | 届出書が提出されたとき、すでに発送準備の整っている書類は、変更前の住所に届くことがあります。                                                                                                                                    |
| ③ | 届出書の記載等に不備があった場合は、届出を受けることはできません。必要に応じてその旨をご連絡させていただきますので、ご了承ください。<br>また、次の場合に該当するときは、送付先変更を取り消す場合があります。<br>・虚偽による届出であることが認められた場合<br>・変更した送付先に書類が届かない状態が続いた場合<br>・その他、市長が必要と認めた場合 |
| ④ | 次の場合、速やかに届出をしてください。<br>・送付先の住所が変更となったとき<br>・送付先となっている方が亡くなったとき                                                                                                                    |
| ⑤ | この届出は介護保険関係書類のみの送付先変更となります。各種税関係書類や、後期高齢者医療関係書類等の送付先変更を希望する場合は、各担当課にお問い合わせください。                                                                                                   |

|                                 |    |    |    |    |
|---------------------------------|----|----|----|----|
| ◎事務処理欄（本人確認書類）                  | 受付 | 入力 | 確認 | 高額 |
| 免・パ・住カ・保険証・社員証・職員証・その他（ _____ ） |    |    |    |    |