

介護保険通知書送付先変更届

| |
|-------|
| 年 月 日 |
|-------|

武蔵野市長 殿

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出ます。

送付先の変更に伴う不利益が生じた場合は、全て本人及び届出人の責任とし、武蔵野市に責任を問いません。

| | | |
|-------|---|---|
| 届出の内容 | 新規または変更 (旧送付先の上承を得ている場合のみ) | <input type="checkbox"/> 新たに送付先を設定する <input type="checkbox"/> 現在設定している送付先を変更する |
| | 解除 (旧送付先の上承を得ている場合のみ) | <input type="checkbox"/> 送付先を住民登録地に戻す |
| 届出の理由 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 判断力の低下 <input type="checkbox"/> 家族の事情(介護等) <input type="checkbox"/> 送付先人の住所変更 <input type="checkbox"/> 成年後見人等に送付するため <input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなったため(解除の場合のみ) <input type="checkbox"/> その他 () | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|--------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | (住民登録地) 〒 | 電話番号 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|------|-------------------------------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出人 | フリガナ | | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> 成年後見人等(保佐人、補助人、任意後見人を含む) <input type="checkbox"/> 本人から委任を受けた方(委任状あり) (本人との関係:) | | | | | | | |
| | 氏名 | (<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ) | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|------|---|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 送付先 | フリガナ | | 本人との関係 (届出人と異なる場合) | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> 成年後見人等(保佐人、補助人、任意後見人を含む) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| | 氏名 | (<input type="checkbox"/> 届出人と同じ) (被保険者氏名 様分) 様 ※ | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | | | | | | | | |

※送付先が被保険者本人以外の場合は、宛名の最後に「(被保険者氏名 様分) 様」と表記されます。
 表記の仕方に不都合がある場合は、高齢者支援課介護保険係までご相談ください。

裏面のご案内もご確認ください

***** 事務処理欄 *****

添付書類(コピー)確認

- 運転免許証 マイナンバーカード 住基カード
- 健康保険証 介護保険被保険者証 登記事項証明書
- 委任状 その他()

| | |
|-----|-----|
| 受付者 | 入力者 |
| | |

| | |
|-----|--|
| 受付印 | |
|-----|--|

介護保険通知書送付先変更届の手続のご案内

1. 送付先の変更手続に必要な書類について

- ① 介護保険通知書送付先変更届
- ② 届出人の本人確認書類の写し1点
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、健康保険証など
※届出人が成年後見人、保佐人、補助人、任意後見人の場合は、登記事項証明書の写しも添付してください。
- ③ 委任状 (被保険者本人か、被保険者本人の代理権のある方による委任)
※以下の方が届け出る場合、提出の必要はありません。
本人、親族、成年後見人等(保佐人、補助人、任意後見人を含む)、ケアマネジャー

2. 送付先となることができる方

変更後の送付先となることができる方は、原則、ご本人様とご親族様(民法第725条の規定による)、成年後見人等に選任されている方となります。

3. 送付先を変更する上での注意事項

| | |
|---|---|
| ① | すでに発送準備の整った書類は、変更前の住所に届くことがあります。 |
| ② | 送付先の宛名に被保険者本人以外の方を設定する場合は、宛名の最後に「(被保険者氏名 様)様分」と表記されます(例:被保険者が「介護 太郎」、設定する送付先宛名が「介護 花子」の場合、送付時の宛名には <u>介護 花子(介護 太郎様分)様</u> と表記されます)。表記について不都合がある場合は、担当までご相談ください。 |
| ③ | 不備があった場合、届出を受けることはできません。その旨のご連絡をさせていただきますので、あらためてお手続きください。 |
| ④ | 住民登録地以外に被保険者証等を送付することが個人情報の管理等において問題があると判断される場合には、送付先を変更できないことがあります。 |
| ⑤ | 次の場合、速やかに届出てください。 ・送付先として登録していた住所が変更となったとき ・送付先の方が亡くなったとき ・本人が亡くなり、送付先の方の代理権が消滅したとき(成年後見人等) ※本人との関係が変更となったときは、その旨変更を届出ください。 (例:成年後見人→遺言執行人) ・送付先の設定を解除したいとき |
| ⑥ | 現在の送付先の方から別の送付先の方に変更する場合、必ず旧送付先の方の同意を得てください(送付先の変更により生じたトラブル等については、市では責任を負いかねます)。 |
| ⑦ | この届出は介護保険関係書類のみの変更となります。各種税関係書類や、後期高齢者医療関係書類の変更を希望する場合は、担当課の別途書式にてご申請ください。 |