

介護保険関連通知送付先変更届

葛飾区長 あて

次のとおり、介護保険に関する通知の送付先の変更を届け出ます。

| | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------|--|
| 届出年月日 | 年 月 日 | 届出 区分 | 新規 変更 終了 ※いずれかを○で囲んでください。 |
| 被保険者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | ※不明な場合は記入不要 |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者 生年月日 年 月 日 |
| 被保険者住所 | | | |
| 日中の連絡先 (電話番号) | — — () | | |
| 届出理由 ※届出区分が終了 の場合は不要 | 1 被保険者が死亡したため 2 一時的に住民登録地と異なる住所に居住（入院）しており、通知が届かないため 3 その他（具体的な理由） _____ _____ ※いずれかの番号を○で囲んでください。3についてはその理由も記入してください。 | | |
| 変更期間 | 開始(自)年月日 | 年 月 日 | |
| | 終了(至)年月日 | 年 月 日 ※予め定めない場合は記入不要 | |
| 送付先住所 ※届出区分が終了 の場合は不要 | 〒 _____ _____ 方書： _____ (_____ 様方) ※宛先氏名は被保険者本人となります。宛先の氏名を変更することはできませんので、必要に応じて、 方書等を忘れずにご記入ください。（例） ○○方や▲▲気付など ※希望される送付先の住所が確認できる書類（運転免許証、健康保険証等）の写しを添付してください。 送付先が施設や病院の場合は、必ず施設や病院の了承を得てからこの申請書を区へ提出してください。 | | |
| 被保険者署名 (代筆不可) | 私は、届出にあたり下記重要事項に同意します。 <div style="text-align: right;">被保険者との続柄 ()</div> _____ ※被保険者が被成年後見人の場合は、成年後見を証明するものを添付の上、成年後見人がその氏名を署名し、「被保険者との続柄」に成年後見人と記入してください。 ※被保険者が死亡した場合は、相続人等がその氏名を署名し、「被保険者との続柄」に記入してください。 （例）配偶者、子、兄、妹、甥、姪、受遺者、遺言執行人 など ※上記2以外で、被保険者以外の方が窓口で届出される場合は、本届出書に被保険者署名のある委任状を添付することで被保険者署名を省略することができます。 | | |

(重要事項) 送付先の変更にあたって次の同意いただく事項を必ずお読みください。

- 葛飾区は、予告なくこの届を変更若しくは終了することがあります。
- 葛飾区は、予告なくこの届以外の住所等に通知等を送付することがあります。
- 葛飾区は、この届によって生じるいかなる損害等について、その責を負いません。
- この届を変更又は終了したい場合は、速やかにこの様式により届け出ること。
- 宛先の氏名は被保険者本人となります。宛先の氏名を変更することはできません。
- 葛飾区以外に住所を有することにより被保険者でなくなった場合、通知等は住所に送付されます。