

介護保険関連通知 送付先変更届

届出の種類		
新規	・ 変更	・ 廃止

年 月 日

天 理 市 長

次のとおり、介護保険に関する通知等の送付の変更について、別紙(裏面)にある取扱事項に同意した上で届出します。

本届出による発生する諸問題は、届出人が責任をもって対処することを了承し、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。

届出人住所	〒
届出人氏名	
電話番号	
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> : 本人 <input type="checkbox"/> : 親族 () <input type="checkbox"/> : 成年後見人等 <input type="checkbox"/> : その他 ()

● 被保険者について（誰の送付先変更届を行うか記入してください）

被 保 険 者	介護被保険者番号	0	0	0	0	0						
	生年月日	年 月 日										
	氏名											
	住所	〒 電話番号										

● 通知等の送付先について （☐ : 上記の届出人に同じであれば記載不要）

送 付 先	送付先の宛名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> : 本人 <input type="checkbox"/> : 親族 () <input type="checkbox"/> : 成年後見人等 <input type="checkbox"/> : その他 ()
	送付先の住所	〒 電話番号		

● 送付先の変更理由

変 更 理 由	<input type="checkbox"/> : 1. 本人が書類等を管理することが困難なため
	<input type="checkbox"/> : 2. 本人が施設や病院等へ入所・入院されたため
	<input type="checkbox"/> : 3. 本人死亡のため
	<input type="checkbox"/> : 4. その他 ()

※別紙(裏面)にある取扱事項を参照のうえ、関係書類を添付してください。

委 任 状 （本人・成年後見人等以外の届出の場合は記入）	
年 月 日	
天 理 市 長	
私（被保険者）は、上記届出者である <u> (氏名) </u> を代理人と定め、当該届出及び通知物の受領に関する一切の権限を委任します。	
委任者（被保険者）	<u> 氏名 </u> ⑥ （署名の場合押印不要）

【介護保険関連通知 送付先変更届 取扱事項】

届出ができる人は以下のとおりとします。

- (1) ①被保険者本人
②家族、親族
③成年後見人、保佐人など代理権を有する人
④その他（ケアマネ、施設職員、社会福祉協議会、民生委員、生活保護担当ケースワーカー等）

届出には以下の書類を添付してください。

- (2) ・届出人が①被保険者本人の場合：被保険者の本人確認書類
・届出人が②家族、親族の場合：被保険者の本人確認書類、届出人の本人確認書類
・届出人が③成年後見人等の場合：届出人の本人確認書類、登記事項証明書等
・届出人が④その他 の場合：被保険者の本人確認書類、職員証明等届出人の本人確認書類
※本人確認書類は官公署発行で申請日現在、有効期限内のものに限ります。（例：運転免許証、マイナンバーカードのおもて面、パスポート等）

- (3) 送付先の設定にあたっては、事前に、被保険者本人、送付先の関係者、家族の間で同意を得るようにしてください。この届出により、介護保険に関する書類が「送付先の住所」に記載の内容で郵送されるようになりますが、宛名は被保険者のままで変更されません。ただし、被保険者が内容を確認せずに破棄するなど特別な事情がある場合に限り、宛名に被保険者名を表示させないことも可能です。

下記に該当した場合は、届出がなくても送付先設定を解除します。

- (4) ア 設定された送付先の住民等から解除の申出があったとき
イ 設定された送付先に送付しても通知等が到達しないとき
ウ 設定された送付先に送付すると個人情報の管理等において問題があると判断されたとき
エ (2)に係る同意を得られていないと判断されたとき
オ 不正な目的のために用いられたとき