**介護保険　送付先変更届出書**

　　　年　　　月　　　日

（あて先）大東市長

* 設定・変更
* 取消

　介護保険関係書類の送付先を下記のとおり　　　　　　　　　します。

【被保険者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ２ | １ | ８ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | フリガナ | | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 |
|  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | |

【送付先】

|  |  |
| --- | --- |
| 送 付 先 | 〒  （　　　　　　　　　　　　様方） |
| 変更理由 | * 入院のため　　　□　施設入所のため　　　□　家族の事情のため * 判断能力低下のため　　　　□　後見人に送付 * 送付先の必要がなくなったため（取消の場合のみ） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【届出人】　※　被保険者と同一の場合は、記入不要です。

届出が上記被保険者、被保険者の親族、法定代理人でない場合は別途委任状が必要です。

送付先変更に伴う不利益はすべて届出人の責任とし、大東市に責任を問わないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 | フリガナ |
| （被保険者との続柄：　　　　） |
| 電話番号 |  |

* 裏面の注意事項をよくお読みください。

**※被保険者が退所（死亡も含む）した際に、届出人（施設や後見人等も含む）が【取消】の本届出書の提出を行わないと、ご指定の送付先への送付が継続されますのでご注意ください。**

**注意事項**

|  |  |
| --- | --- |
| １ | この届出書には、被保険者が届ける場合は被保険者の身分証明書の写しを、被保険者以外の人が届ける場合は届出人の身分証明書の写しを必ず添付してください。（例：運転免許証のコピー、写真付住基カードのコピー）  なお、届出人が法定代理人（成年後見人等）の場合には、登記事項証明書の写しを添付してください。 |
| ２ | 不備の場合、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、あらためて手続きが必要となります。 |
| ３ | 住所地以外に被保険者証等を送付することで個人情報の管理等において問題があると判断した場合には、送付先を変更できない場合があります。 |
| ４ | 送付先が再度変更になる場合、または送付先の設定を取り消す場合には、速やかに届出書を提出してください。提出がない場合、住民票を変更されても今回届け出た送付先へ送付されますのでご注意ください。 |
| ５ | 送付先指定に伴う不利益はすべて被保険者および届出人の責任とします。 |

（備考・経過記録）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 受　付　印 |
|  |

（大東市処理欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 上席主査 | 主　査 |  | 確　認 | 入　力 |
|  |  |  |  |  |