

**介護保険用**

送付先変更申請書

年 月 日

琴平町長 様

下記のとおり、添付書類を添えて被保険者への介護保険に関する送付物の送付先の変更を申請します。

1. 届出者  送付先の変更について本人が了解のうえ申請しています。  
 (届出者が本人又は成年後見人等でない場合にチェック  してください。)

氏 名	〒	続 柄
住 所		
電話番号		

2. 対象被保険者 (本人)

被保険者番号									
氏 名	〒								
住 所	香川県仲多度郡琴平町								
生年月日	年	月	日	電話番号					

3. 変更先  届出者と同じ  
 ※変更先が届出者と異なる場合は下記に記入してください。

住 所	〒		
宛 名		電話番号	

4. 変更理由 ※ 該当する理由にチェック  してください。

成年被後見人であるため  
 ※添付書類 ①成年後見登記事項証明書の写し ②成年後見人の身分証明書の写し

下記の特別な事情があるため  
 ※添付書類 ①被保険者(本人)の介護保険被保険者証等の写し ②届出人の身分証明書の写し  
 【特別な事情】  
 [ ]

5. 送付先変更を希望する帳票 ※ 該当する送付物にチェック  してください。

資格管理帳票 (被保険者証、負担割合証、減額認定証のみ送付先変更する場合)

資格管理帳票、給付管理帳票 (給付実績通知・高額介護サービス費等償還払通知も含めて送付先変更する場合 (介護保険料に関する通知は含まれません。))

RO年 O月 O日

琴平町長 様

下記のとおり、添付書類を添えて被保険者への介護保険に関する送付物の送付先の変更を申請します。

- 1. 届出者  送付先の変更について本人が了解のうえ申請しています。  
(届出者が本人又は成年後見人等でない場合にチェック☑してください。)

氏名	OO OO 印	続柄	長女
住所	〒766-0006 仲多度郡琴平町上櫛梨OO番地O		
電話番号	OOO-OOOO-OOOO		

「被保険者番号、氏名、住所、生年月日、電話番号」を記入し、押印してください。  
※届出人が被保険者または成年後見人等の場合は、印を省略できます。

- 2. 対象被保険者 (本人)

被保険者番号	1	2	3	4	5			
氏名	琴平 太郎 印							
住所	香川県仲多度郡琴平町榎井817番地10							
生年月日	S12年 3月 4日			電話番号	75-6700			

- 3. 変更先  届出者と同じ  
※変更先が届出者と異なる場合は下記に記入してください。

住所	〒123-4567 OO市OO町OO番O号OOOマンションOOO号
宛名	OO OO

変更先の「住所（マンション名や部屋番号）、宛名、電話番号」を正確に記入してください。

- 4. 変更理由 ※ 該当する理由にチェック☑

成年被後見人であるため  
※添付書類 ①成年後見登記事項証明書の写し ②成年被後見人の身分証明書の写し

下記の特別な事情があるため  
※添付書類 ①被保険者(本人)の介護保険被保険者証等の写し ②届出人の身分証明書の写し

【特別な事情】  
[ ]

送付先を変更する理由に、チェックを入れてください。

- 5. 送付先変更を希望する帳票 ※ 該当する送付物にチェック☑してください。

資格管理帳票 (被保険者証、負担割合証、減額認定証のみ送付先変更する場合)

資格管理帳票、給付管理帳票 (給付実績通知書) 送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。 通知も含めて送付先変更する場合 (介護保険料に関する通知は含まれません。)


記入例

琴平町長 様

下記のとおり、添付書類を添えて申請します。

届出をされる方の氏名等を記入し、押印してください。送付先変更について本人に了解を得てください。

- 1. 届出者  送付先の変更について本人が了解のうえ申請しています。  
(届出者が本人又は成年後見人等でない場合にチェックしてください。)

氏名	〇〇 〇〇 	続柄	次男
住所	〒766-0006 仲多度郡琴平町上櫛梨〇〇番地〇		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

「被保険者番号、氏名、住所、生年月日、電話番号」を記入し、押印してください。※届出人が被保険者の場合は、印を省略できます。

- 2. 対象被保険者 (本人)

被保険者番号	1	2	3	4	5	6
氏名	琴平 太郎 					
住所	香川県仲多度郡琴平町榎井817番地10					
生年月日	S12年 3月 4日			電話番号	75-6700	

- 3. 変更先  届出者と同じ  
※変更先が届出者と異なる場合は下記に記入してください。

住所	〒123-4567 〇〇市〇〇町〇〇番〇号〇〇〇マンション〇〇〇号		
宛名	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

- 4. 変更理由 ※ 該当する理由にチェックしてください。

成年被後見人であるため  
※添付書類 ①成年後見登記事項証明書の写し ②成年後見人の身分証明書の写し

下記の特別な事情があるため  
※添付書類 ①被保険者(本人)の介護保険被保険者証等の写し ②届出人の身分証明書の写し

【特別な事情】  
〔 ▲▲▲▲に入所しているため

変更先の「住所(マンション名や部屋番号)、宛名、電話番号」を正確に記入してください。

送付先を変更する理由に、チェックを入れてください。

送付先変更が必要な特別な事情を記入してください。

- 5. 送付先変更を希望する帳票 ※ 該当する送付物にチェックしてください。

資格管理帳票 (被保険者証、負担割合証、減額認定証のみ送付先変更する場合)

資格管理帳票、給付管理帳票 (給付天賦金等) **送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。** 通知も含めて送付先変更する場合 (介護保険料に関する通知は含まれません。))

送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。