**介護保険送付先変更（新規・変更・解除）届**

|  |
| --- |
| 新規　・　変更　・　解除 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | ふりがな  氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先 | ふりがな  氏名 |  | □ 送付先を解除し、住所地に戻す。  □ 宛名のみを変更する。 | |
| 本人との関係 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
|  | | |
| 変更理由 | * 介護施設に入所しているため　　　　　　□ 医療機関に入院しているため * 郵便物の管理が困難なため　　　　　　　□ 住民票上の住所地と現在の居住地が異なるため * 本人が死亡したため * その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

（あて先）桐生市長

　上記のとおり、介護保険に関する郵便物について送付先の変更を依頼します。届出内容に変更が

生じた場合は、すみやかに届出をします。

　なお、この届出内容に伴ってトラブル等が発生しても、すべての責は届出者により負います。

　　年　　月　　日

届出者　　　□ 本人　　□ 代理人（本人との関係：　　　　　　　　）

住所

氏名 　　　　　　　　　　　　　　電話番号

※届出に必要なもの

　１．届出者の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、医療保険証等）

　２．届出者が代理人の場合、代理権の確認ができる書類（本人の介護保険被保険者証、委任状、成年後見人登記事項証明書等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付者 |  | 入力日 | / |

（市記入欄）

委　　 　任　 　　状

　　 年 月 日

　（あて先）桐生市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者  （ 本　人 ） | 住　所 |  |
| 氏　名 | 印 |

私は、介護保険に関する郵便物の送付先変更の届出について、次の者にその権限を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受任者 | 住　所 |  |
| （窓口に来る人) | 氏　名 |  |
|  | 本人との関係 |  |

注意事項

１．委任状は必ず委任者（頼む人）本人が自署してください。

　　自署できない場合は記名押印が必要です。

２．受任者（窓口に来る人）の本人確認のため、顔写真付きの身分証明書等が必要になります。