

介護保険 送付先変更届

(宛先) 小金井市介護福祉課長

次のとおり送付先の変更をお願いします。

この申請項目は、電子計算組織に記録されます。

届出年月日

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	被保険者氏名			性別		男	・	女		

送付先変更の理由 (□にチェックを つけてください)	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡(死亡日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 判断力の低下 <input type="checkbox"/> 成年後見人等に送付するため <input type="checkbox"/> その他()
----------------------------------	--

送付先

送付先氏名		本人との関係	
送付先住所	〒	電話番号	<input type="checkbox"/> 代理人に同じ

(宛先) 小金井市介護福祉課長

年

月

日

代理人(かわりに手続きをする方)

住所

氏名

電話番号

私は、介護保険に関する送付物の送付先の設定の手続きに関する権限を上記の者に委任します。

委任者

住所

氏名

印

電話番号

申請者の本人確認書類(写真付公的証明書以外は2点確認)

免許証・住民基本台帳カードB(写真付)・個人番号カード(写真付)・健康保険証・年金手帳・診察券・学生証・
写真付資格証明書・その他()