**介護保険送付先変更**（新規・変更・取消）**届**

（該当する部分の□にを付けてください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者(本人) | 氏　名 |  | 被保険者番号 | |  | | |
| 生 年 月 日 | |  | | |
| 住　所  (住民登録地) |  | | | | | |
| 送　付　先 | 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　方書 | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 被保険者との続柄 | | |  |
| 氏　名 |  | |
| 電 話 番 号 | |  | |
| 理　　　　　　　由 | □　新　規　□　介護施設･医療機関等に入所･入院しているため  　　　　　　□　認知症等で書類を紛失するおそれがあるため  　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　変　更　□　送付先人を変更したいため  □　送付先人が住所変更したため  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　取消し　□　必要なくなったため（理由：　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　□　被保険者の住民登録地に送付先を戻すため  　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| （あて先）　前橋市長  　　　上記のとおり届け出ます。  　　　　令和　　年　　月　　日  **届 出 人**　　１．本人（被保険者）　　２．代理人（本人との関係：　　　　　　　　）  　　　　　　氏　名  　　　　＊届出人が本人または送付先人の場合は、氏名のみご記入ください。  　　　　　　住　所  　　 連絡先電話番号 | | | | | | | |

(前橋市記入欄)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人 / 代理人確認書類 | 代理権確認書類 | 受付 | 入力 |
| 写付1　免許証・個人番号ｶｰﾄﾞ・介専・他(　　　　　　　　)  写無2　保険証・他 ( 　　　　　　　　　　 　　　 ) | 保険証・委任状  他(　　　　　　　　　　) | / |  |

（宛名番号：　　　　　　　　　　　　　　）

（本人の保険証等代理権の確認できるものがない場合）

委　任　状

令和　　年　　月　　日

　被保険者

住　　所

　被保険者

氏　　名

（あて先）前橋市長

私は、市役所に出向くことができないので、介護保険送付先変更届について、

次の者にその権限を委任します。

代理人

住　所

　代理人

氏　名