

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	上毛 太郎	被保険者番号	12345678
	住所 (住民登録地)	前橋市大手町二丁目12番1号		
送 付 先	住所	〒371-8601 前橋市大手町一丁目1番1号 方書		
	フリガナ	マエバシ ハナコ	被保険者との続柄	長女
	氏名	前橋 花子	電話番号	027-224-1111
理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input checked="" type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入院しているため	ご親族様かご本人様でお願いします。それ以外の方は市役所から確認がいく場合がございます。補助人、保佐人、成年後見人の場合は必ずそれを証する書面（登記事項証明書）を添付してください。	
		<input type="checkbox"/> 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため		
	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 送付先人を変更したため <input type="checkbox"/> 送付先人が住所変更したため <input type="checkbox"/> その他（		
	<input type="checkbox"/> 取消し	<input type="checkbox"/> 必要なくなったため（理由： <input type="checkbox"/> 被保険者の住民登録地に送付先を戻すため <input type="checkbox"/> その他（		
(あて先) 前橋市長 上記のとおり届け出ます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日				
届出人 1. 本人（被保険者） 2. 代理人（本人との関係：長女）				
氏名 前橋 花子				
*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				
本人、送付先人以外が届出人の場合こちらも記入願います。				

(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・個人番号カード・介専・他()	保険証・委任状	/	
写無2 保険証・他()	他()		

記載例

(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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者

住所 前橋市大手町二丁目12番1号

被保険者

氏名 上毛 太郎

上
毛

印

(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 前橋市大手町一丁目1番1号

代理人

氏名 前橋 花子