

介護保険関係書類送付先変更届出書

(提出先)

年 月 日

川 越 市 長

届出者	フリガナ		被保険者 との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			

・ 下記被保険者の介護保険関係書類について、送付先の（変更・解除）を届け出ます。

被保険者	番 号	1	0	0								
	住 所	〒										
	フリガナ								生年月日			
	氏 名								年 月 日			

変更理由	<input type="checkbox"/> 送付先に本人が滞在しているため。 <input type="checkbox"/> 本人が入院・入所中のため。(施設名:) <input type="checkbox"/> 後見人が選任されたため。 <input type="checkbox"/> その他 (理由:)									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

送付先	フリガナ		被保険者 との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			

- 被保険者本人の氏名にて送付する。
- 被保険者本人の氏名を記載しないで送付する。(納入通知書を除く。)

添付書類	届出者が被保険者本人の場合…届出者の「本人確認に関する書類の写し」 代理人による届出の場合…代理人の「本人確認に関する書類の写し」と「委任状」 ※委任状がない場合は「被保険者との関係を証する書面」(例：戸籍謄(抄)本等)									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(お願い) 送付先に変更が生じた場合、または変更が不要になった場合は、速やかに届け出てください。

(注 意) 市内転居した場合、新しい被保険者証は特に申し出がない限り、転居先に送付されます。

※この欄は市が記入します。
(川越市役所介護保険課)

受付者	認 定	給 付	保 険 料	備 考
				入力チェック <input type="checkbox"/> WEL <input type="checkbox"/> ホスト

確認書類等	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> MCWEL <input type="checkbox"/> その他(確認書類・変更理由)									
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委任状

代理人住所 〒 _____

代理人氏名（続柄） _____（ _____ ）

代理人生年月日 昭和・平成 _____年 _____月 _____日

代理人連絡先 電話 _____ - _____ - _____

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

1. 介護保険関係書類の送付手続きに関する一切の権限

_____年 _____月 _____日

（提出先） 川越市長 川合 善明

委任者住所 〒 _____
（被保険者） 川越市 _____

委任者氏名 _____

委任者生年月日 昭和 _____年 _____月 _____日

委任者連絡先 電話 _____ - _____ - _____

【介護保険課】