**介護保険被保険者　送付先等届出書**

令和　　年　　月　　日

　三春町長　様

介護保険に関する書類等について、つぎのとおり送付先を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 | ㊞　　 |
| 被保険者番号 |  | 電話番号 |  |
| 届出人 | 氏　　名 | ㊞　　 |
| 住　　所 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先 | 氏　　名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 送付書類 | * 保険料に関する書類（税務課から送付される書類）
* 給付に関する書類（高額介護サービス費、住宅改修、福祉用具等）
* 利用者負担減免に関する書類（限度額認定証、負担割合証等）
* 認定に関する書類（更新申請等）
 |
| * 介護保険に関する全ての書類（保険料、給付、減免、認定）
 |
| 送付先を変更する理　　由 | * 長期入院となったため
* 住民票以外の場所で居住することになったため
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

※保険料に関する書類のあて名は、原則被保険者本人となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※確認欄 | 介護保険グループ |  | 課税グループ |  |