

介護保険関係書類 送付先（設定・変更・解除）申請書

（あて先） 山形市長

		申請年月日	令和	年	月	日	
被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名		被保険者番号				
	住所	〒					

下記の送付先へ変更を希望する番号を○で囲んでください。	1. 介護保険関係書類すべて 2. 保険証等のみ（被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、社会福祉法人等利用者負担軽減認定証 など） 3. 給付関係書類のみ（高額介護サービス、給付費の支給 など） 4. 保険料関係書類のみ（納入通知、納付書、還付通知 など）
-----------------------------	---

（送付先） 送付先は次に限ります。宛名は被保険者名となります。（例：〇〇〇〇様方 被保険者名）

- ① 被保険者の親族（民法の規定による）のうち、介護保険に係る諸手続き等を代理して行うことができる方の住所。
- ② 被保険者が退所日を定めず入所している施設（特別養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅に限る）の所在地。
- ③ 成年後見人・保佐人・補助人の住所、事務所の所在地。

※ この申請以後に、被保険者が転居や施設を退所等した場合は、送付先の変更（解除）申請してください。

送付先住所	〒
	（施設名・世帯主氏名等 様方）
連絡先電話番号	

（申請者） 私（申請者、申請者となれる方は次のとおり）は、上記のとおり申請します。

被保険者及び被保険者の同居親族、被保険者に成年後見人・保佐人・補助人がいる場合は同人。

※ 被保険者が申請者となる場合で、本人が身体的事情等により自署できない場合は、本人及び送付先となる者の承諾を受け代筆可能（代筆者欄に代筆者を記入）。被保険者が認知症等により理解力がないと思われる場合であっても代筆者は被保険者に申請について説明を行い、代筆者の責任において被保険者氏名を代筆してください。

申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 送付先と同じ		
代筆者	氏名	被保険者との関係	
	住所		
電話番号（ ）			

※成年後見人、保佐人、補助人が申請する場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

私（申請者）は、次の者にこの申請の届出を依頼します。（申請者が届出をする場合は記載不要）

届出人	住所	
	氏名	電話番号（ ） 被保険者との関係（ ）

※市記入欄 申請者（又は届出人）本人確認書類

・マイナンバーカード ・運転免許証 ・運転経歴証明書 ・各種保険証 ・旅券（パスポート） ・他（ ）

2022/1/18改訂

受付	入力	点検	リスト	点検2
日付 /	日付 /			