**介護保険制度に係る通知書等送付先（ 設定・変更 ）届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |  |
| フリガナ |  | 性別 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　(　　　)　　　　 |

①被保険者に関する事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　℡　　　(　　　)　　　　 |

②送付先に関する事項（下記のいずれかに☑してください）

□申請者に同じ（下の太枠は記入不要です。）

□申請者と異なる送付先の設定（下の太枠にご記入ください。）

□すでに設定している送付先の解除（以後は被保険者の住所に送付になります。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 送付先氏名 |  |
| 送付先住所 | 〒　　　－　　　　 ℡　　　 (　　　)　　　　 |

③変更する理由（必ずご記入ください。）

※１　窓口で申請する際は免許書等の身分証明書を提示ください。

※２　郵送で申請する際は免許書等の身分証明書のコピーを添付してください。

※３　届出以降に被保険者が転出・転居した場合でも、この届出は有効となります。

※４　届出内容に変更が生じた場合は、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

お問合せ先：喜多方市保健福祉部高齢福祉課　介護保険・予防室　0241-24-5231

【事務処理欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | □運転免許証□個人番号カード□その他（　　　　　） | 受付者 | Reams | ｻｰﾋﾞｽ利用料 | 備考 |
|  |  |  |  |