

いづれかに○

平成 年 月 日

介護保険にかかる各種通知書等の送付先指定 (新規 解除 変更) 届出書

大崎市長 様

届出者	氏名 (提出代行業者)	印	被保険者との関係
	住所	三親等以内の親族か代行業者が届出本人・家族は押印不要 事業者等は押印が必要	
	電話番号		

下記のとおり介護保険にかかる各種通知書等の送付先を指定するので、届出ます。

被保険者番号									
被保険者氏名				原則 送付先指定者氏名 様方 被保険者氏名 とします。認知症のため被保険者が仕舞い込みする。他同居家族には被保険者氏名は見せられない等の理由から送付先指定者氏名で送る希望の場合、送付先指定者氏名項目を○で囲って下さい。					
被保険者住所									
介護保険に係る各種通知書 (介護保険料)									
フリガナ				電話番号	()				
送付先指定者氏名									
送付先指定者住所	〒			() 宅)					

介護保険料に係る通知書のみ送付先を下記のとおり指定します。

フリガナ				被保険者との関係					
送付先指定者氏名				電話番号	()				
送付先指定者住所	〒			送付先を変更 (解除も) する理由をかならず入力 () 宅)					

送付先を変更する理由	施設入所	郵便物管理が困難	住民票住所と異なる所に居住	その他 ()
------------	------	----------	---------------	---------

市 担 当 部 局 確 認 欄				
TASK.NET 入力担当(本庁 介護審査係 総合支所 市民福祉課地域福祉担当)	平成	年	月	日 入力
介護保険料賦課 担当 (本庁 税務課 総合支所 市民福祉課税務担当)	平成	年	月	日 確認
介護保険料納税担当	平成	年	月	日 確認

- ※ この届出書の提出代行できる事業者は、介護保険法第27条1項並びに第32条1項でいう事業者です。
- ※ 本届出により被保険者にかかる住民票上の住所が変更となるわけではありません。
- ※ 届出内容に変更がある場合速やかに届け出ること。