

(宛先) 茂原市長

住所

申請者

氏名

電話番号

()

被保険者との関係

介護保険送付先変更届

当該被保険者に対する介護保険に関する送付物については、下記の事由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

なお、申請者が被保険者本人と異なる場合、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者 カ ナ	被保険者番号		生年月日	年月日生
	住所			
	氏名			
送 付 先 カ ナ	住所	□ 申請者住所と同じ 電話番号		
	宛名	□ 被保険者氏名なし		
	被保険者との関係			
送付先変更の理由				
送付先変更期間	年月日から			
送付書類	<input type="checkbox"/> 受給者関係（要介護認定結果通知書など） <input type="checkbox"/> 給付関係（給付通知など） <input type="checkbox"/> 納付関係（納入通知書など）			

上記申請者が介護保険の送付物に係る送付先変更届について、上記のとおり申し出ることに同意します。

被保険者氏名

〈注意事項〉

1. この届出書は茂原市が発送する送付物の送付先を変更するもので、被保険者証等の住所を変更するものではありません。
2. 送付先を変更または終了する時は、速やかに所定の書式により申し出てください。
3. 送付物が届かない時は、高齢者支援課（0475-20-1572）までお問い合わせください。
4. 茂原市は、この届出によって生じるいかなる損害等について、その責を負いません。

〈保険者確認欄〉

- 運転免許証（番号) 旅券（番号)
 その他 ()
 介護支援等の提供契約書、介護支援専門員証の写し ※申請者がケアマネジャーの場合

【添付書類】

介護保険送付先変更届及び介護保険送付先変更終了届は、申請者の本人確認書類を添付の上郵送いただ
くか、来庁申請時は原本を確認いたします。

本人確認書類は以下のとおりです。

○ 個　人　の　場　合：公的証明書の写し

例：運転免許証、旅券、医療保険資格確認書、マイナンバーカード等

※医療保険資格確認書の場合は写しの被保険者番号を黒く塗りつ
ぶして下さい

※マイナンバーカードは表面の写しが必要です

○ 介護支援事業所等の場合：介護支援等の提供契約書及び介護支援専門員証等の写し

○ 成年後見人等の場合：後見人であることを証明する書類の写し及び公的証明書の 写し

例：登記事項証明書等及び上記参照

【注意事項】

・この届出書は高齢者支援課から送付する介護保険の送付物の送付先を変更するもので、住所を変更す
るものではありません。

・変更した送付先を更に変更する時は、介護保険送付先変更終了届及び介護保険送付先変更届の両方の
ご提出が必要です。

※介護保険送付先変更終了届の申請者は基本的に終了しようとする介護保険送付先変更届の申請者
です。