

介護保険関係書類送付先（新規・変更・取消）申出書

（あて先）甲府市長

介護保険に関する書類の送付先について、次のとおり申し出いたします。

申出日 令和 年 月 日

※届出区分	<input type="checkbox"/> 新規	（初めて届出をする場合）
	<input type="checkbox"/> 変更	（現在の送付先から別の送付先に変更する場合）
	<input type="checkbox"/> 取消	（現在の送付先を被保険者の住民票上の住所地に戻す場合）

申出者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 — (電話) — —		
		施設（事業所）名：		

被保険者	氏名		被保険者番号																	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日															
	住所	〒 — (電話) — —																		
		施設名：																		

現在の送付先	※上記の届出区分が変更・取消の場合は記入してください（届出区分が新規の場合は記入不要）																			
	氏名		被保険者との関係																	
	住所	〒 — (電話) — —																		
		施設（事業所）名：																		

送付先	<input type="checkbox"/> 申出者と同じ	※上記届出区分が取消の場合は記入不要																		
	氏名		被保険者との関係																	
	住所	〒 — (電話) — —																		
		施設（事業所）名：																		

届出理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が施設・病院に入所・入院中のため
	<input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため（成年後見人等が確認できる <u>登記事項証明書</u> が必要）
	<input type="checkbox"/> その他（理由： _____）

【注意事項】
※申出には、申出者の本人確認書類及び送付先対象者の送付先がわかる本人確認書類が必要です。（運転免許証、マイナンバーカードなど国もしくはは地方公共団体の機関が発行した証明書など）
※ご家族の方が申出をする場合には、被保険者の本人確認書類をお持ちください。（運転免許証、マイナンバーカードなど国もしくはは地方公共団体の機関が発行した証明書など）
※届出区分が新規・変更の場合、介護保険課からの郵送物はすべて送付先住所に送られます。

【市記入欄】	
受付	入力

裏面あり（必ず誓約事項を記入してください）

◆誓約事項◆

• 以下の誓約事項を確認して、口にチェックをいれてください。

ついでに
選択

送付先住所に変更があった場合には、ただちに甲府市介護保険課に申立てします。

被保険者本人の承諾を得ており、送付先には連絡済みです。

家族または本人の意思を確認できる者から申出書の提出について承諾を得ています。

(承諾者：氏名 続柄)

※被保険者本人の同意が得られない場合のみ記入してください。

本申し出により発生する諸問題は、申出者が責任を持って対処し、甲府市に一切迷惑をかけないことを確約します。

【届出区分が変更の場合は必ず記入してください】

設定済みの送付先から、別の宛所へ変更する場合、元々設定されている宛先の対象者に変更する旨の了承を得ています。

上記の事項に同意します。

令和 年 月 日

申出者署名 _____

〈本人確認書類となるもの〉

【1点提示でよいもの】

運転免許証、パスポート、個人番号カード、住民基本台帳カード（顔写真付き）、在留カードなど国又は地方公共団体の機関が発行した資格証及び証明書（顔写真付きのもの）
(いずれも有効期限内のものに限る)

【2点以上必要となるもの】

- A 健康保険証、年金手帳、高齢受給者証、介護保険被保険者証など法律の規定により国又は地方公共団体の機関が発行したもの
- B 社員証・学生証（顔写真付き）など国又は地方公共団体の機関以外で発行したものの本人名義の預貯金通帳、キャッシュカード、クレジットカードなど
(取得時に本人確認を行い、かつ改ざん防止の措置を施したもの)
(いずれも有効期限内のものに限る)

注 Aのみ2点、または、AとBの2点による組み合わせとなります。