

(宛先)中央区長

裏面の注意事項を読んで下の□にチェックをしてください。

- 送付先の変更に当たり、事前に被保険者本人、届出者、送付先、親族等と十分調整し、送付先の同意を得た上で次のとおり届け出ます。

下記の被保険者宛てに中央区から発送される介護保険関係書類は、下記の送付先に送付してください。

記

届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
変更理由 (取消の場合は記入不要です。)	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所又は入院しているため	<input type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため	<input type="checkbox"/> 書類の管理が困難なため
	<input type="checkbox"/> 本人が死亡したため	<input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため	<input type="checkbox"/> その他の理由()

1 被保険者

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
氏名	中央 太郎						生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日		
住所	〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇									
電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									

2 届出者

- 被保険者本人(本人の場合は左の□にチェックをしてください。届出者欄の記入は不要です)

氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
電話番号	()				
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄)				
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に:)				

3 送付先

送付先氏名	中央 花子				
住所	(施設、医療機関等に入所又は入院中の場合は、施設、医療機関等の名称及び所在地) 〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇				
電話番号	080 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族(続柄 長女)				
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入所又は入院している施設、医療機関等				
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に:)				

事務処理欄	受付	入力	賦課担当	事業者 支援給付係	介護認定係	地域支援係
免・マ・パ・保 ()						

(宛先)中央区長

裏面の注意事項を読んで下の□にチェックをしてください。

- 送付先の変更に当たり、事前に被保険者本人、届出者、送付先、親族等と十分調整し、送付先の同意を得た上で次のとおり届け出ます。

下記の被保険者宛てに中央区から発送される介護保険関係書類は、下記の送付先に送付してください。

記

届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
変更理由 (取消の場合は記入不要です。)	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所又は入院しているため	<input type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため	<input type="checkbox"/> 本人による書類の管理が困難なため
	<input type="checkbox"/> 本人が死亡したため	<input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため	<input type="checkbox"/> その他の理由()

1 被保険者

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
氏名	中央 太郎						生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日		
住所	〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇									
電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									

2 届出者

- 被保険者本人(本人の場合は左の□にチェックをしてください。届出者欄の記入は不要です)

氏名	中央 花子	生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日
住所	〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇		
電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族(続柄 長女) <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)		

3 送付先

送付先氏名	中央 花子
住所	(施設、医療機関等に入所又は入院中の場合は、施設、医療機関等の名称及び所在地) 〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇
電話番号	080 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族(続柄 長女) <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入所又は入院している施設、医療機関等 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)

事務処理欄	受付	入力	賦課担当	事業者 支援給付係	介護認定係	地域支援係
免・マ・パ・保 ()						

記入例
届出者：相続人

年 月 日

(宛先)中央区長

裏面の注意事項を読んで下の□にチェックをしてください。

- 送付先の変更に当たり、事前に被保険者本人、届出者、送付先、親族等と十分調整し、送付先の同意を得た上で次のとおり届け出ます。

下記の被保険者宛てに中央区から発送される介護保険関係書類は、下記の送付先に送付してください。

記

届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
変更理由 (取消の場合は記入不要です。)	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所又は入院しているため	<input type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため	
	<input type="checkbox"/> 本人による書類の管理が困難なため	<input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため	
	<input type="checkbox"/> 本人が死亡したため	<input type="checkbox"/> その他の理由()	

1 被保険者

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
氏名	中央 太郎						生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日		
住所	〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇									
電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									

2 届出者

- 被保険者本人(本人の場合は左の□にチェックをしてください。届出者欄の記入は不要です)

氏名	中央 花子	生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日
住所	〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇		
電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input checked="" type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄)		
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に:)		

3 送付先

送付先氏名	中央 花子
住所	(施設、医療機関等に入所又は入院中の場合は、施設、医療機関等の名称及び所在地) 〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇
電話番号	080 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input checked="" type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄)
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入所又は入院している施設、医療機関等
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に:)

事務処理欄	受付	入力	賦課担当	事業者 支援給付係	介護認定係	地域支援係
免・マ・パ・保 ()						