

## 介護保険送付先（変更・変更解除）届

令和 年 月 日

北九州市長 様

下記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を（変更・変更解除）することを届出します。届出にあたり、送付先変更に関する事項は、被保険者（本人の意思が確認不能の場合は家族等又は被保険者の意思を代理できる者）の了解を得ています。また、届出により生じた問題は届出人が責任をもって対処することを了承し、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。

なお、送付先を再度変更する場合や送付先変更の必要がなくなった場合には、その旨を速やかに届出します。

|     |      |     |          |            |
|-----|------|-----|----------|------------|
| 届出人 | フリガナ |     | 被保険者との関係 |            |
|     | 氏名   |     |          |            |
|     | 住所   | 〒 - |          | 電話番号 ( ) - |

※ 被保険者から委任を受け、ケアマネジャーや施設職員などが代理で届出をする場合は委任状(裏面)が必要です。

※ 送付先の変更を解除する場合は、下記の送付先の記入は不要です。

|      |      |       |        |            |   |    |  |     |  |  |
|------|------|-------|--------|------------|---|----|--|-----|--|--|
| 被保険者 | フリガナ |       | 被保険者番号 |            |   |    |  |     |  |  |
|      | 氏名   |       |        |            |   |    |  |     |  |  |
|      | 生年月日 | 明・大・昭 | 年      | 月          | 日 | 性別 |  | 男・女 |  |  |
|      | 住所   | 〒 -   |        | 電話番号 ( ) - |   |    |  |     |  |  |

|     |      |  |          |            |
|-----|------|--|----------|------------|
| 送付先 | フリガナ |  | 被保険者との関係 |            |
|     | 氏名   |  |          |            |
|     | 住所   | 〒 -  |          | 電話番号 ( ) - |
|     | 変更理由 | <input type="checkbox"/> 施設入所・病院入院により現住所に不在 <input type="checkbox"/> 認知症等のため郵便物の管理が困難<br><input type="checkbox"/> 成年後見人等選任のため <input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため<br><input type="checkbox"/> その他 [ ] |          |            |

|  |    |   |   |   |    |    |    |    |
|--|----|---|---|---|----|----|----|----|
| 被保険者の本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療保険証<br>※被保険者死亡の場合は不要 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )             |    |   |   |   |    |    |    |    |
| 届出人又は代理人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療保険証<br>※届出人が本人の場合は不要 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年後見人の場合) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |   |   |   |    |    |    |    |
| 起案日  | 令和 | 年 | 月 | 日 | 受付 | 担当 | 係長 | 課長 |
| 決裁日  | 令和 | 年 | 月 | 日 |    |    |    |    |
| 上記のとおり送付先を変更してよろしいか。   |    |   |   |   |    |    |    |    |
| 可 ・ 不可   |    |   |   |   |    |    |    |    |

# 委任状

令和 年 月 日

北九州市長 様

委任者（被保険者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ ※自署の場合、押印は不要です。

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

平日昼間に連絡がとれる連絡先（電話番号（ ） — ）

私は、次の者を代理人と定め、介護保険関係書類の送付先（変更・変更解除）の届出について委任します。

受任者（代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

※委任状を代理人が代筆した場合

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

代筆の理由 \_\_\_\_\_

## 【注意】

- 受任者（代理人）はこの委任状のほかに本人確認ができる書類の写しが必要です。
- 委任者の本人確認ができる書類を持参してください。
- 委任の意思を確認するため、委任者に連絡する場合がありますので、ご了承ください。
- 委任状の偽造又は偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条、第161条により罰せられます。