

介護保険 送付先変更届

令和 年 月 日

(あて先)弘前市長

下記のとおり、介護保険に関する送付物の送付先変更を届出します。届け出にあたり、**被保険者本人**(または関係者)ならびに**送付先に説明済み**です。

	被保険者 番号	0	0	0					
ふりがな		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和					
被保険者氏名			年	月	日				
住民票上の 住所	<input type="checkbox"/> 弘前市大字								
届け出内容	<input type="checkbox"/> 変更(現在の登録住所から下記の送付先へ変更する) <input type="checkbox"/> 終了(現在の登録住所への送付を終了し、住民票上の住所へ戻す)								
種類	<input type="checkbox"/> 給付・認定関係書類 (給付費支給決定通知書・被保険者証・認定関係通知書等) <input type="checkbox"/> 介護保険料関係書類 (介護保険料納入通知書等)								
送付先住所 ・連絡先	〒 - 								※記入がない場合は変更できません
※新しく送付先を変更する場合はご記入ください。 (「終了」の場合は不要です。)	様方 (被保険者との関係)								
	電話番号 ()								※記入がない場合は変更できません
変更理由 (「終了」の場合は不要です。)	<input type="checkbox"/> 入院等で一時的に不在のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため、送付先で管理 <input type="checkbox"/> 施設入所のため、入所施設に送付 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人に送付 (※登記事項証明書の写しが必要)				
変更期間 (「終了」の場合は不要です。)	<input type="checkbox"/> 期間限定なし <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月末まで								※事務処理完了には数日かかり、それまでは変更前の送付先に送付されます。

届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 送付先に同じ	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他()
	住所等	※ケアマネジャーの場合は、 事業所名 も記入してください。		
	電話番号	()		

※本人確認書類を提示してください。

※ 郵送や、代理人が持参する場合は、届出人の公的な本人確認書類のコピー(成年後見人等に送付する届け出の場合は、登記事項証明書のコピー)を添付してください。

<市処理欄>

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> MNカード <input type="checkbox"/> 介護専門員証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年後見人等に送付する場合)
------	---

□窓口 □代理人持参 □郵送		
窓口受付	処理	確認

❖介護保険関係書類の送付先の変更について❖

送付物は住民票上の住所(住民登録地)にお送りすることが原則です。

認知症などにより郵便物の管理ができないためご親族あてにしたい、一時的に居所を移している施設や病院に送ってほしい、などの特別な事情があり、住民登録地以外への送付を希望する場合に、介護保険関係書類の送付先を変更することができます。

【必要書類】

① 介護保険 送付先変更届

窓口で記入することもできます。

② 届出人の公的な本人確認書類(またはそのコピー)

運転免許証、健康保険証、介護保険証、マイナンバーカードなど

③ 登記事項証明書(またはそのコピー)

送付先が成年後見人等である場合のみ必要

送付先が成年後見人等で、届出人も成年後見人等の場合は②は不要

《受付窓口》

弘前市役所 介護福祉課 (※総合支所、出張所等では対応していません)

《事務の根拠》

行政サービスの一環として行うものです。

《注意事項》

- ◆ 介護保険に関する書類のみです。市役所内の他の送付物には対応していません。
- ◆ **被保険者本人、関係者、送付先の同意を得た上で行ってください。**
- ◆ 届出を郵送で行う場合、もしくは代理人が窓口を持参する場合は、②もしくは③のコピーを添付してください。
- ◆ この手続きはファクシミリ、電子メールではできません。
- ◆ 事務処理完了まで数日かかるため、変更前の住所へ送付されることがあります。
- ◆ **被保険者本人の氏名は必ず宛名に印字されます。**
- ◆ 届出の送付先を誤って記入した場合は、再度届出が必要です。
- ◆ 変更した送付先の方が住民票の異動の手続きをしても、送付先の住所は自動的に変更されません。再度新たな住所に送付先変更の届出をしてください。
- ◆ 死亡・転出などにより、弘前市の被保険者資格を喪失した場合、登録されていた送付先を介護福祉課で変更もしくは取り消す場合があります。
- ◆ 以下の場合は、介護福祉課で送付先変更を取り消します。
 - ・ 郵便局から配達不能による返戻があった場合
 - ・ 送付先から心当たりがないなどの申し立てがあった場合
 - ・ 送付先に親族あての方書がない被保険者が、送付先に転居した場合
 - ・ 連絡が取れないなど、事務処理上支障がある場合

《問い合わせ・提出先》

〒036-8551 青森県弘前市大字上白銀町1番地1

弘前市役所 介護福祉課 介護認定係 (前川本館1階 窓口A-107)

電話:0172-40-7050(直通)

令和 6 年 1 月 5 日

記入例：変更

手続きには届出人の本人確認書類(免許証など)が必要です。変更を届出します。届け出にあたり、被保険者本人(ま

被保険者番号 0 0 0 9 9 9 9 9 9 9

ふりがな	ひろさき たかまる		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
被保険者氏名	弘前 たか丸		7 年 12 月 31 日	
住民票上の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 弘前市大字 上白銀町1番地1			
届け出内容	<input checked="" type="checkbox"/> 変更(現在の登録住所から下記の送付先へ変更する) <input type="checkbox"/> 終了(現在の登録住所への送付を終了し、住民票上の住所へ戻す)			
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 給付・認定期間 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料 変更する送付物の種類を選択してください。			
送付先住所・連絡先	〒 0 3 6 - 8 5 5 1		※記入がない場合は変更できません	
※新しく送付先を変更する場合はご記入ください。 (「終了」の場合は不要です。)	弘前市大字××二丁目○番地△ 弘前 さくら子 様方 (被保険者との関係 長女)			
	電話番号 0172 (35) 1111		※記入がない場合は変更できません	
変更理由 (「終了」の場合は不要です。)	<input type="checkbox"/> 入院等で一時的に不在のため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人に送付(※登記事項証明書の写しが必要) <input checked="" type="checkbox"/> 判断力低下のため、送付先で管理 <input type="checkbox"/> 施設入所のため、入所施設に送付 <input type="checkbox"/> その他()			
変更期間 (「終了」の場合は不要です。)	<input checked="" type="checkbox"/> 期間限定なし <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月末まで			※事務処理完了には数日かかり、それまでは変更前の送付先に送付されます。

届出人	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先に同じ	被保険者	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> 成年後見人等
	住所等	※ケアマネジャーの場合は、事業所名も記入してください。	送付先が届出人と同じである場合は「送付先に同じ」にチェック	
	電話番号	()	送付先と届出人が違う場合はすべて記入	

届出人	ふりがな	ひろさき じょう	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 成年後見人等
	氏名	弘前 城	<input type="checkbox"/> その他()	
	住所等	※ケアマネジャーの場合は、事業所名も記入してください。 弘前市大字××二丁目○番地△ 居宅介護支援事業所××		
	電話番号	0172 (35) 1111	※本人確認書類を提示してください。	

令和 6 年 1 月 5 日

記入例：終了

手続きには届出人の本人確認書類
(免許証など)が必要です

変更を届出します。届け出にあたり、被保険者本人(ま

被保険者番号	0	0	0	9	9	9	9	9	9	9
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ふりがな	ひろさき たかまる		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 7 年 12 月 31 日
被保険者氏名	弘前 たか丸			
住民票上の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 弘前市大字 上白銀町1番地1			
届け出内容	<input type="checkbox"/> 変更(現在の登録住所から下記の送付先へ変更する) <input checked="" type="checkbox"/> 終了(現在の登録住所への送付を終了し、住民票上の住所へ戻す)			
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 給付・認定関係書類 (給付書、給付決定通知書、特例給付証、認定関係通知書等) <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料関係			
送付先住所・連絡先	〒 _____ ※記入がない場合は _____ できません _____ _____ 電話番号 _____			
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院等 <input type="checkbox"/> 判断力 <input type="checkbox"/> 施設入 <input type="checkbox"/> その他()			
変更期間	<input type="checkbox"/> 期間限定()			

終了する送付物の種類を選択してください。

記入不要

届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 送付先に同じ 弘前 城	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他()
	住所等	※ケアマネジャーの場合は、事業所名も記入してください。 弘前市大字××二丁目○番地△ 居宅介護支援事業所×× 電話番号 0172 (35) 1111 ※本人確認書類を提示してください。		

※ 郵送や、代理人が持参する場合は、届出人の公的な本人確認書類のコピー(成年後見人等に送付する届け出の場合は、登記事項証明書のコピー)を添付してください。

<市処理欄>

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> MNカード <input type="checkbox"/> 介護専門員証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年後見人等に送付する場合)
------	---

<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 代理人持参 <input type="checkbox"/> 郵送		
窓口受付	処理	確認