

介護保険関係書類 送付先変更届

令和 年 月 日

(あて先) 奈良市長

本来、生活の本拠地である住民基本台帳（住民票）上の住所に送付されるべき介護保険関係書類を、下記の理由により指定する住所へ送付して下さるよう依頼します。

なお、指定の住所へ送付された関係書類については、被保険者本人に交付されたものとして取り扱っていただいて結構です。

また、今回申請した送付先に変更がある場合は、本人もしくは申請者から送付先変更（解除）届を提出いたします。

以上、申請者の責任において手続きし、貴市には一切迷惑をかけないことを申し添えます。

【申請者】 ☐ ←被保険者本人の場合は左の ☐ に ☒ をつけることで、氏名以外の記入は省略できます。

住 所	〒		
フリガナ			
氏 名	※申請者の自署でない場合、氏名の横に押印が必要です。		
電 話 番 号	— —	被 保 険 者 と の 続 柄	

【被保険者】

住 所	〒		
フリガナ			
氏 名	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日
電 話 番 号	— —	被 保 険 者 番 号	0 0 0

【送付先として指定する住所】 ☐ ←申請者の住所と同じ場合は、左の ☐ に ☒ をつけてください。

住 所	〒		
電 話 番 号	— —	送付先に、 ② 入所施設または ③ 居宅介護支援事業所の住所 を指定する場合、右の枠内に 事業所印を押印してください	様方
被 保 険 者 と の 続 柄			

【変更理由】

☐ 郵便物の管理のため ☐ 施設入所のため ☐ 成年後見制度利用のため ☐ 入院のため
☐ その他（ ）

【届出に必要な添付書類等】

送付先として指定する住所	被保険者に係る書類の写し	送付先住所に係る書類の写し等
① 被保険者の親族宅	※送付先 ① ～ ④ 共通で下記いずれか ・介護保険被保険者証 ・介護保険負担割合証 ・介護保険負担限度額認定証 ・後期高齢者医療被保険者証 ・(国民)健康保険被保険者証 ・運転免許証または運転経歴証明書 ・マイナンバーカード(表面に限る)	① 親族の運転免許証等、送付先住所の確認できるもの
② 入所施設		② 【送付先として指定する住所】欄に事業所印の押印が必要
③ 居宅介護支援事業所		③ 【送付先として指定する住所】欄に事業所印の押印が必要
④ 被保険者の別宅		④ 別宅の公共料金の請求書や賃貸契約書等、送付先住所の確認できるもの
⑤ 成年後見人等	⑤ 「登記事項証明書」または「審判書謄本及び確定証明書」の写し	
⑥ その他	⑥ 奈良市役所介護福祉課(0742-34-5422)までお問い合わせください	

【処理欄】

送 付 先 利用区分	☐ 介護共通 ☐ 徴収管理更新有	受 付 欄
処 理 日	令和 年 月 日（入力： / 確認： ）	