

介護保険関係書類送付先（登録・変更・廃止）届

いずれかに「○」

（あて先）所沢市長

介護保険関係書類の送付先の設定について、下記のとおり届出ます。

なお、この届出にあたり、被保険者本人およびその家族、ならびにその他の関係者へ説明は届出者が責任をもって行い、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。また、申し出の内容に変更がある場合には、直ちに届出ます。

被 保 険 者	被保険者番号																	申請年月日	年	月	日
	フリガナ																生年月日	大・昭			
	氏名																	年	月	日	
	住所	〒.....																			
	電話番号	()																			
その他連絡先	() 氏名 続柄																				

* 届出者は、本人または家族・成年後見人等のみ受付可能です。ケアマネージャー・施設職員等による届出は認めておりません。

* 被保険者ご本人様による届出の場合は「届出者」欄は記入不要です。

届 出 者	フリガナ																本人との続柄			
	氏名																電話番号	()		
	住所	〒.....																		
※「届出者」の本人確認書類の写しを別紙で同封してください。																				
<p>【いずれか1点でよいもの】 写真付きの本人確認書類 (例) マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等</p> <p>【2点必要なもの】 写真がついていない本人確認書類 (例) 資格確認書(健康保険)・年金手帳・介護保険証等</p>																				
本人確認書類が不足する場合等は、送付前に介護保険課04-2998-9420へお問い合わせください。																				

送 付 先	フリガナ																本人との続柄		
	氏名																電話番号	()	
	住所	〒.....																	

市記入欄（記入しないで下さい）

届出者 確認書	写真付き 1点	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート ・その他 ()	
	写真なし 2点	資格確認書(健康保険)・年金手帳・介護保険(証・割・限) ・その他 ()	
受付者		入力者	
備考			