介護保険送付先指定等届出書

年　　月　　日

藤沢市長
次のとおり届け出ます。

被保険者	氏　名	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
	被保険者番号		電話番号	
	住　　所			

届出の区分	□ 送付先の指定　□ 送付先の変更　□ 送付先指定の終了
送付先の指定等をする書類	□ 1・介護保険に関するすべての書類（2から5までのすべての書類） □ 2・資格関係書類（65歳到達・住所異動・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証） □ 3・保険料関係書類（納付書，還付通知等） □ 4・認定関係書類（認定結果通知と被保険者証等，負担限度額認定証，負担割合証） □ 5・給付関係書類（給付費支給等決定通知書等）
送付先の指定等をする理由	□　住民登録地と居所が異なるため □　書類の管理が難しいため □　一時的な施設入所、入院等で不在のため （退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。） □　死亡のため □　成年後見制度の対象のため □　その他（　　）

送付先	氏　名 （宛名）	フリガナ		
	住所	〒 方書（施設名等）		
	電話番号		被保険者との関係	

届出人	□送付先と同じ　□被保険者と同じ					
	氏名		続柄		電話番号	
	住所					

※届出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者の署名をしてください。

委任欄	私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。 年　　月　　日 被保険者（委任者）氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

介護保険課　記入欄

受　付	介護保険課確認	入力者
	□来庁申請　□郵送申請 □届出人確認書類 （免・マ・介保・負割　　） □届出人資格確認 （ケアマネジャー・ケースワーカー） □委任欄自署確認 □届出人・送付先事業所の場合 本人・家族了承済を確認 □同時に他申請有（　　） □入力後後続処理者へ連絡	確認者