



# 介護保険送付先変更届書

**記入例**

阿波市長 殿

次のとおり、届け出します。

届け出をする方の氏名・住所等  
をご記入ください。

届け出をする方の本人確認  
書類等の確認が必要です。

届出年月日 ○年○月○日

フリガナ 窓口にきた人（届出者名）	アワ ハナコ 阿波 花子	本人との 関係	〇〇
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町〇〇字〇〇番地		電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

被保険者番号	対象の方の氏名・現住所等をご記入ください。		
フリガナ 氏名	アワ タロウ 阿波 太郎	性別	男・女
住所 (施設名および施設所在地)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町〇〇字〇〇番地	生年月日	〇年〇月〇日
		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

	変更後送付先記入欄	変更前
ご希望の項目の□に ✓を入れ、変更後の 住所と宛名をご記入 ください。	1 受給者管理（介護保険証、更新申請）	変更前の住所（現住所） をご記入ください。
変更事項	<input checked="" type="checkbox"/> [ 〒〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町〇〇字〇〇番地 ] [ 宛名 阿波 花子 ]	徳島県阿波市〇〇町 〇〇字〇〇番地
(該当する□に✓印を 記入してください)	2 納付管理（収納関係）	
	<input checked="" type="checkbox"/> [ 〒〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町〇〇字〇〇番地 ] [ 宛名 阿波 花子 ]	〒〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町 〇〇字〇〇番地
いつから送付先を変 更するのかご記入く ださい。（終了した い日が分かっている 場合は、終了年月日 も記入）	3 給付実績管理	
	<input checked="" type="checkbox"/> [ 〒〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町〇〇字〇〇番地 ] [ 宛名 阿波 花子 ]	〒〇〇〇-〇〇〇〇 徳島県阿波市〇〇町 〇〇字〇〇番地

上記事由開始・終了年月日	〇年 〇月 〇日 ~	年 月 日
変更理由	〇〇〇〇のため 送付先を変更する理由をご記入ください。	

市町村処理欄	システム入力年月日	本人確認書類
	年 月 日	免・パス・保・年・その他 ( )