

本人が申請する場合

介護保険 送付先設定（登録・変更・取消）申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

【記入上の注意】 ※必ず読んでからご記載ください。

この申請書は介護保険に関する送付先の届け出です。介護保険に関するすべての書類が送付されます。太枠の中に必要事項を記載してください。被保険者が申請者を代理人とし、送付先設定届の提出について委任する場合は、あらかじめ被保険者欄と申請者欄に記載・押印を行ってください。必要書類（申請者の身元確認書類、被保険者が亡くなっている場合は戸籍謄本等、成

届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規（初めて届出をする場合）				
	<input type="checkbox"/> 変更（以前の送付先から別の送付先に変更する場合）				
<input type="checkbox"/> 取消（以前の送付先から被保険者の住民票住所に変更する場合）					
被保険者	フリガナ	カゴシマ タロウ		整理番号	
	氏名	鹿児島 太郎		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭	20年 1月 1日	連絡先	099-216-1278
	住所	〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号			
送付先	住所	※上記の届出区分が取消の場合は記載不要 〒891-0194 鹿児島市谷山中央4丁目4927番地 方書（鹿児島病院）			
	連絡先	-	-	被保険者との関係	
	届出理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が亡くなり相続人等に送付するため（相続人確認ができる書類（戸籍謄本等）） <input checked="" type="checkbox"/> 入院中又は介護保険施設に入所しているため <input type="checkbox"/> 送付先対象者が郵便物の管理を行っているため <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため（成年後見人等が確認できる登記事項証明書が必要） <input type="checkbox"/> その他（			
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ（以下の記載は不要）		<input type="checkbox"/> 送付先に同じ（以下のフリガナ・氏名・生年月日のみ記載）		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	氏名		被保険者との関係		
	住所	〒 -			

被保険者ご本人の氏名を記載してください。

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号または納入通知書等に記載されている通知書番号を記載してください。（不明な場合は、空欄でも構いません）

住民票上の住所を記載してください。

今後、介護保険課からの郵便物を送付してほしい住所を記載してください。

鹿児島市処理欄（申請者が記載する必要はありません）

申請書以外に必要なもの
本人の本人確認書類（運転免許証、パスポート、保険証など）

郵送で申請する場合は、本人確認書類のコピーを同封してください。
※本人確認書類を提出または提示していただいた場合は、番号等を控えさせていただきます。

番号等