

※事務処理欄 記入しないでください。

／ ⇒ ／ 発送

介護保険認定結果通知書類の送付先変更申出書

令和 年 月 日

下記被保険者にかかる介護保険認定結果の送付先について、今回（令和 年 月 日申請分）のみ、次のとおり変更を申し出ます。

【送付先変更にあたっての確認事項】

介護保険法に基づく各種通知書等は、原則として被保険者本人の住民票上の住所へ送付することとなっております。ただし、本人が書類の管理や内容の確認を行うことが困難であるなど、やむを得ない事情がある場合に限り、臨時の送付先に送付する対応を行っています。本変更による郵便物の管理およびトラブルについては、被保険者および申出者の責任において行うものとします

【被保険者】

被保険者番号		氏 名	
--------	--	-----	--

【申出者】 ※氏名・住所が記載された本人確認書類が必要です。

氏 名	(被保険者との関係)
住 所	〒
電話番号	

【変更送付先】 ☐ 同上

氏 名	(被保険者との関係)
住 所	〒

【変更を必要とするやむを得ない理由】

※やむを得ないと認められない場合は送付先変更申出を受理できない場合があります。

- ☐ 被保険者本人の身体的・精神的事情（認知機能の低下等）により、被保険者本人による管理が困難なため
- ☐ 医療機関等へ長期入院、または施設等へ入所しており、住所地での受領が困難なため
施設・病院名：【 】
- ☐ その他（具体的に： ）

【同意欄】

私は、上記の理由により、介護保険認定結果通知書類の送付先を上記（変更送付先）に変更することに同意します。

令和 年 月 日 被保険者氏名（自署）： 印

代筆者：

※被保険者本人の身体的・精神的事情により意思表示・自署が困難な場合のみ代筆とすることができます。

代筆の場合は被保険者氏名欄に本人氏名を記名の上、必ず本人の押印をお願いします。