令和　　年　　月　　日

匝瑳市長　　あて

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　（　　）

被保険者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

介護保険関係書類送付先変更届

当該被保険者に関する介護保険関係書類については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう届出します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）及び送付先に説明済みであり、書類の送付により生じた問題に対する責任は、届出者である私が負うことに同意します。

被保険者	住所	匝瑳市
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
変更後の住所等	住所	〒
	氏名	
	電話番号	（　　）
	被保険者との関係	本人・親族（　　）・成年後見人・その他（　　）
変更の理由		1　書類の管理が出来ないため 2　施設入所または入院のため 3　成年後見制度の対象者であるため 4　本人死亡のため 5　その他（　　）
変更の期間		期限なし　・　令和　　年　　月まで
変更する送付書類		被保険者証等　・　給付関係書類　・　保険料関係書類