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	☐送付先変更について、被保険者本人及びその関係する親族　了承済み					
	☐送付先と同じ　☐被保険者と同じ　（チェックを入れた場合、下記は記入不要）					
	氏名		続柄		電話番号	
	住所					

※被保険者以外が手続きする場合は、委任欄へのご記入または送付先申請代理申述書を添付してください。

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　氏名　　（自署）

【受付窓口　記入欄】

受付者		介護保険課　使用欄	
	☐来庁申請　☐郵送申請　☐委任欄自署　または　☐申述書 ☐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） ☐同時に他申請有 （　　） 処理後：後続処理者へ連絡済☐	処理者	確認者

2026.4