

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ①介護保険送付先指定等届出書
- ②届出人の本人確認書類と添付書類

| 届出人 | 必要書類 |
|--------------|---|
| | ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。 |
| 被保険者 | A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 |
| (AまたはBのいずれか) | 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点 |
| | B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 |
| | 健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点 |
| 後见人・保佐人等 | 後见人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等 |
| ケアマネジャー | 介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 |
| 親族等上記以外 | 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 |

2. 送付先変更の注意事項

- ①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
- ②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ届く場合があります。
- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様 (被保険者の氏名 様分)
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

3. 記入例

- ①送付先の変更を希望する被保険者の氏名、生年月日、被保険者番号、電話番号、住所を記載してください。
- ②届け出をされる区分にチェックをしてください。
- ③送付先の指定等を希望する書類の番号にチェックをしてください。
- ④送付先の指定等をされる理由にチェックをしてください。
- ⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は被保険者の氏名となります。被保険者の氏と送付先となる方の氏が違う場合には必ず方書(○○方)を記載してください。
- ⑥送付先の届出書を出される場合は必ず本人及び関係する親族にその旨をお知らせください。お伝えが済んでいることを確認し、□にチェックをしてください。
- ⑦届出人が送付先と同じ場合や被保険者と同じ場合は、□にチェックをしてください。それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号住所を記載してください。
- ⑧届出人が被保険者以外の場合、委任欄に署名してください。自署が難しい場合は、送付先指定代理申述書を提出してください。

介護保険送付先指定等届出書
年 月 日

藤沢市長 次にお届けします。

| | | | | |
|---------------|---|---|-----------|----------------|
| 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 | | <input type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了 | | |
| 送付先の指定等をされる書類 | | <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 保険料関係書類 (納付書、還付通知等) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 5 給付関係書類 (給付費支給等決定通知書等) | | |
| 送付先の指定等をされる理由 | | <input type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が難しいため <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 送付先 | 氏名(宛名) | フリガナ | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | 方書(施設名等) | 被保険者との関係 | |
| 届出人 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 送付先と同じ <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 来庁申請 <input type="checkbox"/> 郵送申請 <input type="checkbox"/> 委任欄自署 または <input type="checkbox"/> 申述書 <input type="checkbox"/> 届出人確認書類 (免・マ・介保・負割) () () <input type="checkbox"/> 届出人資格確認 (ケアマネジャー・ケースワーカー) | <input type="checkbox"/> 同時に他申請有 () () 処理後：後続処理者へ連絡済 <input type="checkbox"/> | 介護保険課 使用欄 | 処理者 確認者 |

書類の提出先・お問い合わせ先
 〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
 藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階)
 TEL 0466(25)1111(内線3137)