送付先変更届及び高額介護（介護予防）サービス費支給変更申請

令和　　　年　　　月　　　日

矢吹町長　様

**（届出者）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **【必要書類】** | | **・本人確認書類　・届出者が代理人の場合は裏面も御記入ください**  **・成年後見人等の場合は、登記事項証明書の写し及び成年後見人等の本人確認書類** | | |
| 住　所 | 〒 | | | 電話番号 |
|  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | | 被保険者との関係 | |
| □本人　　　　　□親族（続柄　　　　）  □成年後見人等　□その他（　　　　） | |

　通知書等の送付先の変更について、裏面注意事項を承諾のうえ届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更する  書　　類  ※☑をつけてください | **□　被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、左記更新等通知書**  **□　給付通知書**  **□　上記すべての書類**（□　納税通知書等（介護保険料）【税務課】） |
| 変更理由 | １．住民票の異動（住所変更）　　２．本人死亡　　３．送付先変更の解除  ４．病院・施設等への入院・入所など　　５．被保険者が郵便物等の管理が困難  ６．一時的な居所の変更　　７．その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　） |

**（被保険者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【必要書類】　・本人確認書類（被保険者本人が届出人の場合は不要）** | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 住　所 | **□**届出者と同じ　〒 | | | | | | | | 電話番号 | | | | |
| **□**届出者と同じ | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 | **□**届出者と同じ | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 大・昭・平  令・西暦 | | 年　　月　　日 | | | |

**（新送付先）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **【必要書類】** | | **・本人確認書類（受取人が届出者の場合は不要）　・成年後見人等の場合は、登記事項証明書の写し及び成年後見人等の本人確認書類（受取人が届出人の場合は不要）** | | |
| 住　所 | **□**届出者と同じ　〒 | | | 電話番号 |
| **□**届出者と同じ |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 | **□**届出者と同じ | | 被保険者との関係 | |
| □届出者と同じ  □本人　　　　　□親族（続柄　　　　）  □成年後見人等　□その他（　　　　） | |
| 期　間 | 令和　　　年　　　月　　　日まで　　・　　期間の定めなし | | | |

　高額介護（介護予防）サービス費の支給を下記の口座に変更します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座支給  依頼欄 | 銀行  　　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　　信用組合 | 本店  　　　　　　　　支店  　　　　　　　　出張所 | 種　　目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 店舗コード | １．普通預金  ２．当座預金  ３．その他 |  |
|  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

**委任状**

令和　　年　　月　　日

矢吹町長　様

（代理人）　住　　所

氏　　名

電話番号　（　　　　）　　　－

私は、上記の者を代理人と定め送付先変更の権限を委任します。

　　　　　　氏　　名

※この委任状は、委任者（頼む方）が必ず直筆で御記入ください。

|  |
| --- |
| のりしろ |
| 本人確認書類（写）  ・官公署が発行する顔写真付の証明書（運転免許証、運転経歴証明書、パスポート、マイナンバーカード、写真付き住基カード、障害者手帳、在留カード）の写し  ・上記がない場合は、次のいずれか２点の写し  　健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、年金手帳・年金証書など |

**注意事項**

この注意事項を必ず確認していただき、全ての内容に同意のうえで届出書を提出してください。届出書の提出により同意いただいたものとみなします。

１　届け出の際は、届出者の本人確認ができる書類（マイナンバーカード等）が必要です。

※郵便で提出する場合は、本人確認書類のコピーを添付してください。

※健康保険証の写しを添付する際は「被保険者記号・番号及び保険者番号」の部分を読み取れないように隠してコピーしていただくようお願いします。

※届出者が成年後見人等の場合は、登記事項証明書の写し及び成年後見人等の本人確認書類が必要です。

２　送付先の変更に当たっては、送付先（受取人）から承諾を得てください。

※届出書の内容について、送付先（受取人）に電話で確認する場合がありますので、日中連絡が取れる電話番号を記入してください。

３　送付先変更を終了する場合は、あらためて届出書を提出してください。

４　送付先変更の解除の届け出がない限り、送付先（受取人）に関係書類を送付します。

ただし、次の場合は、送付先（受取人）を予告なく解除し、名義人に送付することがあります。

①町が届出者・送付先（受取人）と連絡が取れなくなった場合

②虚偽の届け出をしていることが判明した場合

③郵便物が送付先住所に届かない場合

④送付先（受取人）が納付しない場合

５　送付先の変更登録に時間を要する場合があります。

６　給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【保健福祉課用】 | 保健福祉課 | 税務課 | 処理日 | 本人確認 | 受付方法 |
|  |  |  |  | 来　庁  郵　送 |