（様式1）

　　年　　月　　日

遠野市長　様

申請者氏名

申請者住所

被保険者との続柄

申請者連絡先　　　　　　－　　　－

**介護保険関係文書等送付先に関する届出書**

介護保険に係る文書、関係書類等の送付先について、下記のとおり届出します。

記

１　被保険者氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 | 〒 | | |

２　送付先

**（１）介護保険証、介護保険負担割合証、介護保険要介護認定関係通知、負担限度額認定証等、介護保険受給資格等に関する書類等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 被保険者との続柄 |  |
| 住所等 | 〒  （電話番号　　　－　　　－　　　） | | |

**（２）介護保険料の納付書、通知等に関する書類**※同じ送付先の場合は□にチェック

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 被保険者との続柄 |  |
| 住所等 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔 □（1）と同じ 〕  （電話番号　　　－　　　－　　　） | | |

**（３）福祉用具、住宅改修、高額介護サービス費等償還払いに関する書類**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 被保険者との続柄 |  |
| 住所等 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔 □（1）と同じ・□（2）と同じ 〕  （電話番号　　　－　　　－　　　） | | |

３　被保険者住所と異なる送付先を希望する理由（該当する番号を○で囲んでください）

　（1）被保険者が関係書類等の管理・対応が難しいため。

　（2）被保険者が入院・入所等により住所地にいないため。

　（3）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）