

介護保険に関する通知先届

年 月 日

栗原市長 殿

下記のとおり、介護保険に関する通知の送付先の変更を届け出ます。

※該当箇所に☑をつけてください。

届出区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 終了
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

届出者	フリガナ氏名		被保険者との続柄	
	住所	電話番号 ()		

※成年後見人が届出者の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

被保険者	被保険者番号							生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	フリガナ氏名							性別	男 ・ 女				
	住所	電話番号 ()											

送付先	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ ※ 届出者と異なる場合は、記入してください。	変更年月日	年 月 日から			
	フリガナ氏名			被保険者との続柄		
	住所	電話番号 ()				

変更する送付物	<input type="checkbox"/> すべて					
	<input type="checkbox"/> 介護保険料	(介護保険料賦課・徴収関係書類)				
	<input type="checkbox"/> 介護給付	(給付関係書類)				
	<input type="checkbox"/> 利用者減免	(負担限度額認定証・利用料減免関係書類)				
	<input type="checkbox"/> 介護認定	(被保険者証、負担割合証、介護認定結果・申請関係書類)				
	<input type="checkbox"/> その他	(介護用品支給券等)				

市記入欄 (以下は記入不要です)

本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	收受印
介護保険システム <input type="checkbox"/> 送付先入力 (<input type="checkbox"/> 共通 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 利用者減免 <input type="checkbox"/> 認定)	

介護保険に関する通知先届

令和3年4月1日

栗原市長 殿

下記のとおり、介護保険に関する通知の送付先の変更を届け出ます。

※該当箇所に☑をつけてください。

届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 終了
------	--	-----------------------------	-----------------------------

届出者	フリガナ氏名	クリハラ イチロウ 栗原 一郎 <small>※署名または記名押印</small>	被保険者との続柄	子
	住所	〒 987 - 2293 栗原市築館薬師1丁目1-1 電話番号 0228 (22) 1000		

※成年後見人が届出者の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	生年月日	明・大(昭) 20年5月5日
	フリガナ氏名	クリハラ タロウ 栗原 太郎	性別	(男) ・ 女
	住所	〒 989 - 1234 栗原市栗駒2丁目1-2 電話番号 0228 (45) 2000		

送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ ※ 届出者と異なる場合は、記入してください。	変更年月日	令和3年4月1日 から
	フリガナ氏名		被保険者との続柄
	住所	〒 - 電話番号 ()	

変更する送付物	<input checked="" type="checkbox"/> すべて
	<input type="checkbox"/> 介護保険料 (介護保険料賦課・徴収関係書類)
	<input type="checkbox"/> 介護給付 (給付関係書類)
	<input type="checkbox"/> 利用者減免 (負担限度額認定証・利用料減免関係書類)
	<input type="checkbox"/> 介護認定 (被保険者証、負担割合証、介護認定結果・申請関係書類)
	<input type="checkbox"/> その他 (介護用品支給券等)

市記入欄 (以下は記入不要です)

本人確認	収受印
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
介護保険システム	
<input type="checkbox"/> 送付先入力 (<input type="checkbox"/> 共通 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 利用者減免 <input type="checkbox"/> 認定)	