**新規**

**変更**

**解除**

受付印

**介護保険　送付先登録　　　　　　届出書**

**大牟田市長　殿**

介護保険関係書類の送付先について、次のとおり登録してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 届出者
 |  | 届出年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 氏　　　　名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | ④の被保険者との関係 | １. 本人２. 親族（　　　　　　　　）３. 介護事業者等４. その他（　　　　　　　） |
|  |
| 住　　　　所(届出者が本人の時は省略し④へ) | 〒電話番号(　　　)　　　－　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 提出代行者
 | 1. の届出者と窓口来庁者が異なる場合は要記入）
 |
| 被保険者との関係 | １．親族（続柄　　　　） | ２．介護事業者等 | ３．その他（　　　　　　　　　） |
| 提出者氏名 |  |
| 提出者住所 | 〒電話番号(　　　)　　　－　　　 |
|  |  |
| 1. 届出者・提出代行者の本人確認
 | （郵送の場合は写しを添付） |
| 本人確認 | ・運転免許証　・健康保険証　・パスポート　・個人番号カード　・障害者手帳・事業所職員証　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
| 1. 被保険者
 | (⑤の「被保険者との関係」が1以外の時のみ記入。病院・入所施設へ送付の場合は不要。)**※　届出書のとおり送付先登録に同意します。（自署）** |
| 被保険者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 明・大・昭年　　月　　日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者住所 | 〒大牟田市電話番号(　　　)　　　－　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 送付先
 |  |  |
| 被保険者との関係 | １．親族（続柄　　　　　） | ２．病院・入所施設 | ３．その他（　　　　　　） |
| 宛 名 氏 名□上記④被保険者氏名に同じ |  | 方書 | 様方 |
| 送付先住所□上記①に同じ | 〒電話番号(　　　)　　　－　　　 |

|  |
| --- |
| 1. 登録理由・情報利用同意
 |
| 登録の理由 | 1. 被保険者本人による書類等の管理が不十分なため
2. 入院、施設入所・入居中のため　３． その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 介護保険以外で、送付先情報（電話番号を含む）を大牟田市（税務課等）で使用することへの同意の有無 | 送付先 | １. 同意する　（　本人　・　親族　）２. 同意しない３. そ の 他　（　　　　　　　　　） | 電話番号 | １. 同意する　２. 同意しない |

|  |
| --- |
| 〈大牟田市記入欄〉 |
| ※送付先変更の場合の同意確認 | 変更前 | 有　　・　　無 | 変更後 | 有　　・　　無 |
| 備　考 | 窓口・郵送 | 受付 |  | 入力 |  | 照合 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔R3.10.1〕