介護保険に関する送付先等届出書

届出日　　　　年　　月　　日

府　中　市　長　様

（介護保険課）

次のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | □新規　　□変更　　□終了  □相続人代表者指定 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | 氏名 | 該当者との続柄（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　※介護事業者が届出の場合は、事業所住所、事業所名を記入  電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | ふりがな |  | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | 住所 | 〒  □届出人に同じ（再度の記入は不要） | | | | | | | | | | | | | |
| 宛名氏名 | 該当者との続柄（　　　　）  □届出人に同じ（再度の記入は不要） | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先  設定理由 | □入院又は施設へ入所したため。　□本人が書類管理をできなくなったため。  □本人が死亡したため。（⇒下記の相続人代表者欄をご記入ください。）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望する送付物 | □介護保険関係書類のすべて  □介護保険料に関する書類のみ（納付管理）  □介護保険証等に関する書類のみ（受給者管理） | | | 後期高齢者医療保険関係部署への情報提供 | | | | | □希望する  □希望しない | | | | | | |

　送付先設定理由が「本人が死亡したため」の場合は、相続人代表者を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相続人  代表者 | 住所 | 〒  □届出人に同じ（再度の記入は不要）  □送付先に同じ（再度の記入は不要） |
| 氏名 | 印　 　　該当者との続柄（　　　　） |

※　相続人代表者とは、地方税法第9条の2第1項の規定により、介護保険料に係る徴収金の賦課徴収（滞納処分を除く。）及び還付に関する書類を受領する代表者です。

介護保険課が得たこの届出書による送付先等情報について、府中市役所の他課から情報提供を求められた場合、介護保険課から情報提供することに同意します。

本人署名欄：

（代筆の場合）

代筆者氏名：　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　）