

# 介護保険負担限度額認定証・負担割合証 送付先変更届

(あて先) 津市長

このことについて、次のとおり送付先変更の届出をします。

なお、介護保険負担限度額認定証・負担割合証は、被保険者に届け、本来の目的以外には利用しません。

届出年月日	年	月	日
-------	---	---	---

氏名 ※ 事業所の場合は、事業所名及び担当者名を記入	※自署でない場合は、記名と押印が必要です。		
住所 1	電話番号		
被保険者氏名	性別	男 ・ 女	
被保険者住所 2			
被保険者番号	生年月日	明・大・昭	年 月 日
被保険者との関係			

種類	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証
----	---

**この届出に基づき送付先を変更するのは、今回ご申請いただいた介護保険負担限度額認定申請書の結果及び再交付申請の結果通知に限ります。**

郵送先等	<input type="checkbox"/> 届出書を持参した者が受領します。 <input type="checkbox"/> 上記（住所 1 ・ 被保険者住所 2）に郵送してください。 <input type="checkbox"/> 下記住所に郵送してください。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">〒 住所 宛名</div>
------	--

上記送付先変更について同意します。

氏 名

※自署でない場合は、記名と押印が必要です。

【被保険者 ・ 家族（続柄）】

**\* 届出が被保険者・家族の場合 同意は不要**