送　付　先　変　更　届

有田町長　様

介護保険（給付・認定）関係書類等について、下記のとおり送付先の変更を届け出ます。

※届出人および被保険者の本人確認書類の写しを添付してください。
※届出人・送付先が成年後見人である場合は、そのことを証明する書類の写しを添付してください。
※送付先を変更する場合、その都度有田町へ届け出てください。

届出年月日	年　　月　　日	
変更年月日	年　　月　　日から	
届出人	氏　　名	
	続　　柄	
	住　　所	〒　　―
	連　絡　先	―　　―
被保険者	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	連　絡　先	―　　―
	変更理由	一時的な居所の変更（入院・施設入所・転居など）・本人管理困難 その他（　　）
送付先	宛　　名	
	続　　柄	
	住　　所	〒　　―
	連　絡　先	―　　―

（事務処理欄）

処理	□受付（窓口／郵送）　　□入力（処理日：　　年　　月　　日）
届出人の本人確認写し	１点：　□個人番号カード　□運転免許証　□官公署発行の顔写真付証明等（　　） ２点：　□公的医療保険の被保険者証　□官公署発行の資格証明書類等（　　）
被保険者の本人確認写しまたは委任状	１点：　□個人番号カード　□運転免許証　□委任状 □官公署発行の顔写真付証明等（　　） ２点：　□公的医療保険の被保険者証　□官公署発行の資格証明書類等（　　）
備考	