

介護保険送付先変更（新規・変更・解除）届

新規 ・ 変更 ・ 解除

被 保 険 者	ふりがな		被保険者番号												
	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日								
	住所	〒 電話番号													

送 付 先	ふりがな		☐ 送付先を解除し、住所地に戻す。 ☐ 宛名のみを変更する。	
	氏名		本人との関係	
	住所	〒 電話番号		
変 更 理 由	☐ 介護施設に入所しているため ☐ 郵便物の管理が困難なため ☐ 本人が死亡したため ☐ その他（具体的に記入：)			

（あて先）桐生市長
上記のとおり、介護保険に関する郵便物について送付先の変更を依頼します。届出内容に変更が生じた場合は、すみやかに届出をします。
なお、この届出内容に伴ってトラブル等が発生しても、すべての責は届出者により負います。

年 月 日

届出者 ☐ 本人 ☐ 代理人（本人との関係：)

住所

氏名 電話番号

- ※届出に必要なもの
- 1. 届出者の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、医療保険証等）
 - 2. 届出者が代理人の場合、代理権の確認ができる書類（本人の介護保険被保険者証、委任状、成年後見人登記事項証明書等）

(市記入欄)

受付者		入力日	/
-----	--	-----	---

委 任 状

年 月 日

（あて先）桐生市長

委 任 者 (本 人)	住 所
	氏 名 印

私は、介護保険に関する郵便物の送付先変更の届出について、次の者にその権限を委任します。

受 任 者 (窓口に来る人)	住 所
	氏 名
	本人との関係

注意事項

- 委任状は必ず委任者（頼む人）本人が自署してください。
自署できない場合は記名押印が必要です。
- 受任者（窓口に来る人）の本人確認のため、顔写真付きの身分証明書等が必要になります。