

# 記入例


(届出日) 令和元年5月10日

## 送付先変更届

記入日になります

(あて先) 佐賀中部広域連合長

佐賀中部広域連合から送付される介護保険関係文書の送付先について、次のとおり届け出ます。

① 届出人 (本人・親族・成年後見人)	(フリガナ) 氏名	コウイキ ジロウ <b>広域 次郎</b>	朱肉を使うもの(認印可)で押印ください。 
	住所	〒840-0112 <b>佐賀市大財2丁目2番2号</b>	電話番号 0952-22-2222
	被保険者との関係	本人・親族(弟)・成年後	ご親族の方または成年後見人の方(※) ※成年後見人の場合は確認できる書類の添付が 要ですので、高齢福祉課までお尋ねください。

※成年後見人の場合は、成年後見人であることを証明する書類の写しを添付してください。

② どなたの文書を変更 しますか	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	ご本人様 ※被保険者番号がわからない場合は、 空白でかまいません。
	(フリガナ) 氏名	コウイキ ハナコ <b>広域 花子</b>	
	生年月日	明・大・昭 西暦 10年 7月 7日	
	性別	男・女	
	変更の理由 ※該当に○	1. 一時的な住所の変更 2. 本人管理困難 3. その他(死亡 令和元年5月1日)	


③ どこに送りますか	変更内容 ※該当に○	1. ①の届出人住所に送る。 2. 現在の送付先から被保険者の住民登録のある住所に戻す。 3. 1と2以外の住所に送る。 ※3の場合のみ、以降の項目を記入してください。
	送付先住所	〒 電話番号
	(フリガナ) 宛名	
	被保険者との関係	本人・親族( )・成年後見人・その他( )

※「①届出人」とは異なる方への送付を希望される場合は、「3.」に○を付け、その方の氏名、住所等をご記入ください。  
※成年後見人の場合は確認できる書類の添付が必要ですので、高齢福祉課までお尋ねください。

※送付先住所が変更になりましたら、その都度佐賀中部広域連合に届け出てください。

※成年後見人の場合は、成年後見人であることを証明する書類の写しを添付してください。

(①の届出人以外が本届を提出される場合に記入)

④ 届出人の代理人	(フリガナ) 氏名		
	住所	〒 電話番号	
	届出人または被保険者との関係	※本人や親族、成年後見人以外の方が代理で提出する場合は、 こちらへご記入ください。	

(佐賀中部広域連合使用欄)

受付日	年 月 日	受付		入力		備考	
-----	-------	----	--	----	--	----	--