

# 介護保険負担割合証及び介護保険負担限度額認定証送付先変更届

令和 年 月 日

(宛先) えびの市長

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被 保 険 者	被保険者番号	_____
	住 所	_____
	氏 名	_____
送 付 先	住 所 ※申請者と同住所の 場合は記入不要	〒 _____
	送付先事業所名	_____
	電 話 番 号	_____

下記について署名のうえ、被保険者の介護保険負担割合証及び介護保険負担限度額認定証の送付先変更を届け出ます。

- 介護保険負担割合証の送付先変更及び受領を上記の申請者に委任します。**
- 介護保険負担限度額認定証の送付先変更及び受領を上記の申請者に委任します。**

**委任者住所：**

**署名：**

- ・郵送で申請する場合は、申請者の確認書類（免許証、医療保険証、介護支援専門員証等）のコピーを添付してください。
- ・委任状は本人（委任者）が全て記入してください。本人が記入できない場合は、余白に代筆した理由と代筆した方の氏名を記入してください。