

## 送付先住所を設定するにあたって

住民票と異なる住所に、介護保険に係る通知物の送付を希望される場合は、本人確認書類を添付し、「送付先住所申出書」を提出してください。

なお、申出人が被保険者ご本人以外の場合は、「被保険者の委任状」が必要です。

提出書類	
申出人が被保険者ご本人の場合	申出人が被保険者ご本人以外の場合(※2)
① 送付先住所申出書	① 送付先住所申出書
② 被保険者ご本人の本人確認書類の写し	② 申出人の本人確認書類の写し
	③ 被保険者ご本人からの委任状(※1)

※1 委任状が用意できない場合、被保険者ご本人の介護保険被保険者証の写しに代えることができます。

※2 申出人が成年後見人(保佐人、補助人)の場合は、登記事項証明書(写し)及び申出人の本人確認書類を添付してください。(被保険者の委任状は不要です。)

### 【主な本人確認書類の例】

- ・マイナンバーカード
- ・運転免許証(運転経歴証明書)
- ・パスポート
- ・住民基本台帳カード
- ・介護保険被保険者証
- ・健康保険被保険者証
- ・在留カード
- ・身体障害者手帳
- ・年金手帳
- ・介護支援専門員証 等

### 【提出先・お問い合わせ先】

〒 606-8511

京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7-2

京都市左京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課(高齢・介護保険担当)

TEL 075-702-1069

## 介護保険にかかる送付先住所申出書

この申出書は介護保険にのみ関する送付先変更です。  
介護保険以外の郵送物の送付先変更は、別途手続きが必要です。

(あて先) 京都市左京区長

今後、郵便物については次のとおり送付してください。

処 理 欄		課 長	課長補佐・係長	係 員
認 定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中			
センター連絡	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 済 ( / ) <input type="checkbox"/> 不要			

申 出 日		年	月	日
申出人	フリガナ			
	氏 名			
	連絡先TEL			

被 保 険 者	被保険者番号	—									
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒 — 京都市左京区  (連絡先TEL )									
送付先住所		〒 —  ( ) 様方 (連絡先TEL )									
送付先設定理由		送付先住所と被保険者の関係				送付先住所の使用範囲				備 考	
<input type="checkbox"/> 本人が郵便物の管理ができないため		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者				<input type="checkbox"/> 全ての郵便物					
<input type="checkbox"/> 本人が入院・入所中		<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹				<input type="checkbox"/> 保険料に関する郵便物のみ					
<input type="checkbox"/> 成年後見制度利用		<input type="checkbox"/> 後見人等				(いずれかの <input type="checkbox"/> にレ印をつける)					
<input type="checkbox"/> 住民登録地以外に滞在中		<input type="checkbox"/> その他 ( )									
<input type="checkbox"/> その他 ( )											

# 委任状

介護保険に係る通知物の送付先設定の申請に関する権限について、  
下記の者に委任します。

## 記

① 受任者住所 \_\_\_\_\_

② 受任者氏名 \_\_\_\_\_

③ 年 月 日

④ 委任者（被保険者）氏名 \_\_\_\_\_

⑤ 委任者（被保険者）住所 \_\_\_\_\_

## 書き方

① 申請される方の住所      ② 申請される方の氏名      ③ 委任状記入日

④ 委任する方（被保険者）の氏名      ⑤ 委任する方（被保険者）の住所