

受付印

記入例 1
送付先:本人宛 来庁者:本人

新規 ・ 変更 ・ 廃止

介護保険送付先登録届

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(宛先) 高崎市長

下記理由(※)により、介護保険関係の書類等の送付については、裏面の注意事項を確認し同意したうえで、住民登録地ではなく送付先住所に送付するよう依頼します。

① 被保険者はどなたですか。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉刈 町 三ノ倉 303番地													
	フリガナ	グンマ													
	氏名	群馬 みさと							生年月日	大正 昭和	12	年	3	月	4

② どちらに送付先を定めますか。

送付先	住所	〒 370 - 0829 高崎市 高松町 35 番地 1					
	方書		電話番号	027 - 371 - 5678			
送付先氏名 (宛名)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ (本人)	フリガナ	続柄	被保険者からみてどのような関係ですか 続柄が本人の場合、 記載不要			
				生年月日	昭和 平成	年	月
送付先を定める理由 ※ (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所に送付するため <input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため (死亡日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()						

③ 申請代行者 (窓口に来た方) はどなたですか。 (該当するものに☑)

- 被保険者(①)に同じ 送付先(②)に同じ
 その他 (下記を記入してください)

郵送で提出する場合、本人確認書類の写しの添付が必要です。

申請代行者	住所	電話番号
	氏名	続柄 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()

裏面の注意事項を確認し、同意します。

裏面の注意事項を確認するよう案内し、
☑を忘れずにして
もらう!!!

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1. 運転免許証 ④ 介護保険被保険者証	2. 個人番号カード 5. 健康保険証	3. 介護支援専門員証 6. その他 (預金通帳)			
受付方法	① 窓口 4. 認定調査 (調査員氏名:)	2. 郵送	3. ご遺族支援コーナー	受付	本人確認 をした 職員名	入力者

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話: 027-321-1219 (直通)

受付印

記入例2
送付先:親族宛 来庁者:親族

新規・変更・廃止

介護保険送付先登録届

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 高崎市長

下記理由(※)により、介護保険関係の書類等の送付については、裏面の注意事項を確認し同意したうえで、住民登録地ではなく送付先住所に送付するよう依頼します。

① 被保険者はどなたですか。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地								
	フリガナ	グンマ								
	氏名	群馬 みさと							生年月日	大正 12年 3月 4日 昭和

② どちらに送付先を定めますか。

送付先	住所	〒 370 - 0829 高崎市 高松町 35番地 1		
	方書	電話番号	027 - 371 - 5678	
送付先氏名 (宛名)	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ(本人) フリガナ ヨシイ	続柄	被保険者からみてどのような関係ですか 長女	
	吉井 はるな	生年月日	昭和 36年 9月 9日 平成	
送付先を定める理由 ※ (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所に送付するため <input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため(死亡日:令和〇年〇〇月〇〇日) <input type="checkbox"/> その他()			

③ 申請代行者(窓口に来た方)はどなたですか。(該当するものに☑)

- 被保険者(①)に同じ 送付先(②)に同じ
 その他(下記を記入してください)

郵送で提出する場合、本人確認書類の写しの添付が必要です。

申請代行者	住所	電話番号	続柄	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名			

裏面の注意事項を確認し、同意します。

介護保険課チェック欄

申請代行者本人確認	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 運転免許証	2. 個人番号カード	3. 介護支援専門員証	4. 介護保険被保険者証	5. 健康保険証	6. その他()	
受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 窓口	2. 郵送	3. ご遺族支援コーナー	4. 認定調査(調査員氏名:)	受付	本人確認をした職員名	入力者

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話: 027-321-1219 (直通)

受付印

記入例 3
送付先: 本人宛 来庁者: 親族

新規 ・ 変更 ・ 廃止

介護保険送付先登録届

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(宛先) 高崎市長

下記理由(※)により、介護保険関係の書類等の送付については、裏面の注意事項を確認し同意したうえで、住民登録地ではなく送付先住所に送付するよう依頼します。

① 被保険者はどなたですか。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉刈 町 三ノ倉 303番地								
	フリガナ	クンマ								
	氏名	群馬 みさと							生年月日	大正 12 年 3 月 4 日 昭和

② どちらに送付先を定めますか。

送付先	住所	〒 370 - 0829 高崎市 高松町 35 番地 1		
	方書	吉井 方	電話番号	027 - 321 - 5678
送付先氏名 (宛名)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ (本人)	フリガナ	続柄	被保険者からみてどのような関係ですか
	<input type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所に送付するため <input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input checked="" type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()		生年月日	昭和 平成 年 月 日

③ 申請代行者(窓口に来た方)はどなたですか。(該当するものに☑)

- 被保険者(①)に同じ 送付先(②)に同じ
 その他 (下記を記入してください)

郵送で提出する場合、本人確認書類の写しの添付が必要です。

申請代行者	住所	②に同じ		
	氏名	吉井 はるな	電話番号	続柄
				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長女)

裏面の注意事項を確認し、同意します。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1. 運転免許証 2. 個人番号カード 3. 介護支援専門員証 4. 介護保険被保険者証 ⑤ 健康保険証 ⑥ その他 (聞き取り: 世帯員氏名・生年月日 × 2)			
受付方法	① 窓口 2. 郵送 3. ご遺族支援コーナー 4. 認定調査 (調査員氏名:)	受付	本人確認 をした 職員名	入力者

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話: 027-321-1219 (直通)

受付印

記入例 4
送付先:親族宛 来庁者:ケアマネ

新規 ・ 変更 ・ 廃止

介護保険送付先登録届

令和 ○ 年 ○○月 ○○日

(宛先) 高崎市長

下記理由(※)により、介護保険関係の書類等の送付については、裏面の注意事項を確認し同意したうえで、住民登録地ではなく送付先住所に送付するよう依頼します。

① 被保険者はどなたですか。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地								
	フリガナ	クンマ								
	氏名	群馬 みさと							生年月日	大正 12 年 3 月 4 日 昭和

② どちらに送付先を定めますか。

送付先	住所	〒 370 - 0829 高崎市 高松町 35 番地 1		
	方書	電話番号	027 - 378 - 5678	
送付先氏名 (宛名)	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ (本人) フリガナ ヨシイ	続柄	被保険者からみてどのような関係ですか 長女	
	吉井 はるな	生年月日	昭和 36 年 9 月 9 日 平成	
送付先を定める理由 ※ (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所に送付するため <input checked="" type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため (死亡日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()			

③ 申請代行者 (窓口に来た方) はどなたですか。 (該当するものに☑)

- 被保険者(①)に同じ 送付先(②)に同じ
 その他 (下記を記入してください)

郵送で提出する場合、本人確認書類の写しの添付が必要です。

申請代行者	住所	高崎市新町3152番地1 特別養護老人ホーム ○○		電話番号	027-371-9876
	氏名	室田 明	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()	

裏面の注意事項を確認し、同意します。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1. 運転免許証 2. 個人番号カード ③ 介護支援専門員証 4. 介護保険被保険者証 5. 健康保険証 6. その他 ()			
受付方法	① 窓口 2. 郵送 3. ご遺族支援コーナー 4. 認定調査 (調査員氏名:)	受付	本人確認 をした 職員名	入力者

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話: 027-321-1219 (直通)

受付印

記入例 5
送付先: 成年後見人宛 来庁者: 成年後見人

新規 ・ 変更 ・ 廃止

介護保険送付先登録届

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

(宛先) 高崎市長

下記理由(※)により、介護保険関係の書類等の送付については、裏面の注意事項を確認し同意したうえで、住民登録地ではなく送付先住所に送付するよう依頼します。

① 被保険者はどなたですか。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者	住所 <small>(住民登録地)</small>	高崎市 倉刈 町 三ノ倉 303番地								
	フリガナ	グンマ								
	氏名	群馬 みさと							生年月日	大正 昭和

② どちらに送付先を定めますか。

送付先	住所	〒 370 - 1301 高崎市 新町 3152番地1		
	方書	〇〇法律事務所	電話番号	027 - 378 - 5678
送付先氏名 (宛名)	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ(本人) フリガナ	タカマツ タロウ	続柄	被保険者からみてどのような関係ですか 成年後見人
	高松 太郎		生年月日	昭和 平成
送付先を定める理由 ※ (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 住民登録地以外の居所に送付するため <input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 郵送物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため(死亡日: 令和 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (成年後見人宛に送付するため)			

③ 申請代行者(窓口に来た方)はどなたですか。(該当するものに☑)

- 被保険者(①)に同じ 送付先(②)に同じ
 その他 (下記を記入してください)

郵送で提出する場合、本人確認書類の写しの添付が必要です。

申請代行者	住所	電話番号
	氏名	続柄

裏面の注意事項を確認し、同意します。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1. 運転免許証	2. 個人番号カード	3. 介護支援専門員証	4. 介護保険被保険者証	5. 健康保険証	6. その他 (弁護士会員証、登記事項証明書)	
受付方法	1. 窓口	2. 郵送	3. ご遺族支援コーナー	4. 認定調査(調査員氏名:)	受付	本人確認 をした 職員名	入力者

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話: 027-321-1219 (直通)