令和　　年　　月　　日

甲佐町長　様

【申　請　者　名】

【事　業　者　名】

【本人との続柄　】

【電　話　番　号】

**介護保険認定結果通知書等代理受領申請書**

福祉課 介護保険係からの書類（介護保険被保険者証等）は、原則として住民票の住所に

送付します。ただし、以下の内容で被保険者に同意を得た場合には代理受領を認めます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | | ０ |  | |  |  |  |  |
| 代理受領が必要な理由 | □ 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため  □ 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 代理受領同意日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 同意者氏名  （被保険者との続柄） | ※原則、被保険者の同意が必要です。  続柄：本人・その他(　　　) | | | | | | | | | | | |
| 同意手法 | * 面談　　□ 電話　　□ その他（　　　　　　　　）   確認日：令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 受領方法 | * 窓口受領　　 □ 郵送 | | | | | | | | | | | |
| 受　け　取　り　人  （　送　付　先　） | 〒　　　－  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄） | | | | | | | | | | | |
| 代理受領する書類 | **要介護認定等結果通知書等**  ・要介護認定等結果通知書・介護保険被保険者証  ・要介護認定申請書（本人控）等 | | | | | | | | | | | |

注) ・本申請は、**介護保険法 第27条第7項により、被保険者に通知するもの**を被保険者以外の者（担当介護支援専門員、被保険者が入所（院）している施設の職員等）が要介護等認定結果通知書等を被保険者に代わって受領するための申請書です。

・**認定結果等の代理受領を希望する場合、毎回の提出が必要となります。**

・本申請書は認定結果が出る前に事前に提出してください。

・提出後、代理受領者が変更になる場合は再度申請書の提出が必要となります。

・同意は原則、被保険者から得てください。入院等の理由により被保険者へ確認ができない場合は、

家族からの同意が必要になります。申請者の責任のもと同意は得るようにしてください。

【町担当者確認欄】

