

認定結果送付先(受取方法)変更申請 logo フォーム操作手順

Q1. 事業所名を入力してください。 **必須**

①事業所名を入力

0 / 60000

Q2. 申請者（担当者）名、連絡先を入力してください。

②申請者（担当者）氏名、連絡先を入力

氏名

氏 **必須** 名 **必須**

0 / 64 0 / 64

電話番号

電話番号 **必須**

0 / 15

Q3. 対象者の被保険者番号はわかりますか。 **必須**

はい
 いいえ

③被保険者番号を入力

Q4. 被保険者番号を入力してください。 **必須**

0000123456

0 / 60000

※被保険者番号が不明な場合は、生年月日を入力

Q5. 対象者の生年月日を入力してください。

生年月日

必須

Q6. 対象者の氏名を入力してください。

④対象者の氏名を入力

氏名

氏 **必須** 名 **必須**

0 / 64 0 / 64

Q7. 対象者の審査会日を入力してください。 **必須**

⑤対象者の審査会日を入力

Q8. 本人が受け取ることができない理由を選択してください。 **必須**

⑥変更事由を選択

本人入院中（一時的に住所地以外に滞在中）のため
 家族が受取り困難なため

担当者窓口受取の場合【Q9→Q12】

Q9. 希望するものを選択してください。 **必須**

担当者窓口受け取り

指定住所へ送付希望（今回のみ）

指定住所へ送付希望（次回以降も希望）

⑦ 「担当者窓口受け取り」を選択

Q12. 委任状を添付してください。 **必須**

⑧ 委任状を添付する

委任状はこちらからダウンロードできます。
[委任状](#)

→ 確認画面へ進む

27

今回のみ送付先を変更する場合【Q9～Q12】

Q9. 希望するものを選択してください。 **必須**

担当者窓口受け取り

指定住所へ送付希望（今回のみ）

指定住所へ送付希望（次回以降も希望）

⑦ 「指定住所へ送付希望（今回のみ）」を選択

Q10. 送付先の情報を入力してください。 ⑧ 送付先の情報を入力

氏名

氏 **必須** 0 / 64 名 **必須** 0 / 64

氏フリガナ **必須** 0 / 64 名フリガナ **必須** 0 / 64

住所

郵便番号 **必須** 0 / 8 都道府県 **必須** 市区町村 **必須** 0 / 64

番地 **必須** マンション・部屋番号

28

今回のみ送付先を変更する場合【Q9～Q12】

Q11. 送付先と本人の続柄 **必須** ⑨ 送付先と本人の続柄を入力

長男 0 / 60000

Q12. 委任状を添付してください。 **必須** ⑩ 委任状を添付する

委任状はこちらからダウンロードできます。
[委任状](#)

→ 確認画面へ進む

介護保険課から郵送される書類すべての送付先を変更する場合【Q9】

Q9. 希望するものを選択してください。 **必須**

担当者窓口受け取り

指定住所へ送付希望（今回のみ）

指定住所へ送付希望（次回以降も希望）

⑦ 「指定住所へ送付希望（次回以降も希望）」を選択

▲ 送付先変更の手続きを行ってください。

送付先変更はこちらから申請できます。
なお、送付先変更申請をした場合、「認定結果の送付先（受取）変更申請」は入力不要です。
<https://logoform.jp/form/tDgS/903227>

こちらから送付先の変更手続きを行ってください。
※なお、送付先変更申請を行った場合は、
結果通知の送付先変更手続きは不要です。