富山市介護保険送付先変更申請書

（宛先）　富　山　市　長

・太枠内を記入してください。

下記のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号　－　－		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号　－　－		

送付先住所	フリガナ		被保険者との関係	
	氏　名			
	住　所	〒 （　　様方）		
	電話番号	－　－		

変更理由	□入院中のため □施設入所中のため □成年後見人等を受取人とするため □本人死亡のため	□その他（具体的にご記入ください）

富山市福祉保健部介護保険課から被保険者あてに郵送されるすべての郵便物について、上記に記載されている送付先住所に郵送されることを了承します。

被保険者氏名　　（代理者氏名　　被保険者との関係　　）

※ご本人様死亡の場合以外は、被保険者氏名欄に署名をお願いします。
※ご本人様死亡の場合は、代理者様の署名の上、代理者様の身分証（写真入りのもの）の写しを添付して下さい。

市記載欄	入　力	確認欄
	入力者 入力日 年　月　日	