

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 <small>(※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。)</small>	

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	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	<input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 施設入所中のため <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため	<input type="checkbox"/> 認知症のため <input type="checkbox"/> 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 (申請者) 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してください (認知症等により、本人の意思が確認できない場合を除く)。
 ※ご本人様死亡、もしくは署名できない場合 (認知症の場合も含む) は、申請者 (配偶者又は直系親族：子、父母、兄弟姉妹、孫、甥、姪等) が署名の上、身分証明書 (写真入りのもの) の写しを添付して下さい。
 ※申請者が上記以外の場合は、配偶者又は直系親族に委任されていることがわかる書類を添付の上申請してください。

市記載欄	入 力	確認欄
	入力者 入力日	
	年 月 日	