介護保険給付費通知書の交付に係る登録依頼書

年　　月　　日

富津市長　　　様

申請者 氏名

住所

電話番号

被保険者との関係

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |

次の被保険者に係る介護保険給付費通知の交付を希望しますので、登録を依頼します。

※　「介護保険給付費通知書」は、介護保険サービスの１月１日から12月31日までの利用分を翌年の３月に年１回、本人の住所又は送付先変更届の提出のあった送付先にのみ通知します。

　　登録後に死亡や転出をされた場合などの介護保険の資格を喪失した場合は、介護保険の資格がある期間に係る給付費通知の交付後に登録を自動的に廃止します。

　　給付費通知は、本人の住所、送付先変更届の提出のあった送付先又は相続人代表となる方にのみ送付します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 受付者 | 送付先変更 | 備考 |
|  | 有・無 |  |