介護保険給付費通知書の交付に係る登録申請書

年　　月　　日

木更津市長　様

申請者 氏名

住所

電話番号

被保険者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※代理申請は原則、親族に限ります。法定代理人の方は登記事項証明書等を添付してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| サービス利用期間 | 令和　　年　　月　～　令和　　年　　月 |

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４月１日から翌３月３１日までの利用分を７月頃に年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 |  |