別記様式第１号

介護保険資格取得・異動・喪失届

厚沢部町長　　　　　様

　　次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人氏名 | |  | | | 本人との関係 | |  | |  | 資格異動年月日 | | |  | | | |
|  | 取得・異動・喪失　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 届出人住所 | | 〒    　電話番号 | | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| 届出日  　年　　月　　日 | | | | 異動日  　　年　　月　　日 | | | | |  |  | | | | | | |
| 届出事由 | | | | | | | | |  | 取得事由 | | 喪失事由 | | | 異動事由 | |
|  | 市外転入  職権復活  65　歳　到　達  適用除外非該当  その他取得 | | 市外転出  職権喪失  死亡  適用除外該当  その他喪失 | | | 氏名変更  住所変更  世帯変更 | |
| 新住所〒 | | | | | | | | |  |
| 旧住所〒 | | | | | | | | |  |
| 本年１月１日の住所 | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 生 年 月 日 | | | 性　別 | | 続　柄 | 被保険者番号 | | 要介護認定の有無 | | | 介護保険施設入所の有無 | | 備　　考 |
| 個人番号 | |
| フリガナ |  | | ・　　・ | | | 男・女 | |  |  | | 有・無 | | | 有・無 | |  |
|  |  | |  | |
| フリガナ |  | | ・　　・ | | | 男・女 | |  |  | | 有・無 | | | 有・無 | |  |
|  |  | |  | |
| フリガナ |  | | ・　　・ | | | 男・女 | |  |  | | 有・無 | | | 有・無 | |  |
|  |  | |  | |
| フリガナ |  | | ・　　・ | | | 男・女 | |  |  | | 有・無 | | | 有・無 | |  |
|  |  | |  | |

　　相続人代表者申出欄

　　故　　　　　　　　（以下「被相続人」という）にかかる介護保険料還付金並びに介護給付費等の

　　支払いがある場合には、下記の者が相続人代表者として被相続人にかわり代理受領することを申し

　　出致します。

　　年　　　月　　　日

　　相続人代表者　　　　　　　　　　　　　　　　届出者（相続人代表者本人の場合は記入不要）

　　（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）

　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

　　（電話）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話）

　　（被相続人との続柄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関 | 銀行・信用金庫　　　本店・支店  信組・信連・農協　　本所・支所 | 預金  種別 | 普通  当座 | 口　座  名義人 |  | 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  |