

介護保険資格取得・異動・喪失・送付先変更届

忠岡町長 様

次のとおり届け出ます。

	届出日	令和	年	月	日
届出人氏名	被保険者との関係				
届出人住所	〒 電話番号:				

届出事由	転入 ・ 転出 ・ 転居 ・ 世帯分離 ・ 死亡 ・ その他()
資格異動年月日	取得 ・ 異動 ・ 喪失 令和 年 月 日
新住所	〒
旧住所	〒

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
					個人番号		
保	フリガナ	大・昭・平・令	男・女	世帯主・妻 父・母・子 他()		有・無	有・無
		・					
險	フリガナ	大・昭・平・令	男・女	世帯主・妻 父・母・子 他()		有・無	有・無
		・					
者	フリガナ	大・昭・平・令	男・女	世帯主・妻 父・母・子 他()		有・無	有・無
		・					

【送付先変更】

送 付 先	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ					
	住所	〒 電話番号:				
	氏名				被保険者との関係	
	変更する書類	介護保険関係すべての書類				
変更する理由	・ 入院・入所のため ・ 一時的に現住所に居住していないため ・ 管理が難しいため ・ 死亡のため ・ その他()					
委任欄	上記の届出者に対して、私の送付先変更に関する権限を委任します。					
(本人以外の届出の場合のみ記入)	被保険者氏名 _____ ※ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)					
	※本人が自署できない場合は、本人氏名代筆の上押印し、必ず代筆者氏名も記載してください					

【町記入欄】

本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票(写)・住基台帳・その他()	
本人確認	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()
代理人確認	代理権確認	委任状・本人の被保証・戸籍謄本・その他()
	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()

【届出事由】

取得事由	町内転入	職権復活	65歳到達	適用除外非該当	その他取得
喪失事由	町外転出	職権喪失	死亡	適用除外該当	その他喪失
異動事由	氏名変更	町内転居	世帯分離		

郵便番号

高 月 北	595-0801
高 月 南	595-0802
北 出	595-0803
馬 瀬	595-0804
忠 岡 東	595-0805
忠 岡 北	595-0811
忠 岡 中	595-0812
忠 岡 南	595-0813
新 浜	595-0814

受 付	入 力	チェック