介護保険資格（取得・異動・喪失）届（様式第1号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資　格　変　更　事　項 | | | |
| 資格異動年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 異動事由 | 取　得 | 喪　失 | 異　動 |
| ・適用除外施設の退所  ・その他  （　　　　　　　　　） | ・適用外施設への入所  ・死　亡  ・その他  （　　　　　　　　　） | ・氏名変更  ・住所変更  ・その他  （　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容（異動事由が異動の場合に記入） | |
| 旧 |  |
| 新 |  |

（あて先）玖珠町長

　　上記のとおり、介護保険被保険者の資格について異動がありましたので届出いたします。

　　年　　月　　日

（届出者）住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　－

　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係）

※保険者処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 |  | 処　理 |  | 発　行 |  | 備　考 |
|  |