様式第１号（第３条関係）

介護保険資格取得・異動・喪失届

幕別町長　　様

次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人氏名 |  | 被保険者との関係 |  |  | 資格異動年月日 |  |
| 取得・異動・喪失 | 　　　 年 　月　 日 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　 　年　　月　　日 |  |  |
|  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　　電話　　　　　　　　　 |
|  |  |  |
| 取得事由 | 喪失事由 | 異動事由 |
| 届出日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 町外転入　　職権復活65歳到達　　適用除外非該当その他取得 | 町外転出　　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 |
| 異動日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 届出事由 |
| 新住所〒 |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 旧住所〒 |  |
|  |
| 本年１月１日の住所〒 |
|  |
| フリガナ氏名 | 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 | 備考 |
|  | 明治・大正・昭和　年　 月　 日 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  |
|  |
|  | 明治・大正・昭和　年　 月　 日 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  |
|  |

**還付金受取り口座**

介護保険料等の払戻しがある場合は、下記の口座に振込みをお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 金 融 機 関 名 | 支 店 名 | 種別 | 口 座 番 号 | フ リ ガ ナ |
| 口座名義人（被保険者との関係） |
| 振込先 | 　　　　　　　　銀行　　　　　　信用金庫　　　　　　信用組合　　　　　　協同組合 | 　　　　本店　　　　支店　　　　本所　　　　支所 | 普通当座その他（　　　　） |  |  |
|  |
| （　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 口座名義人住所（届出人と同住所地の場合は記入不要。） |
| 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　 |

H28.11