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