

介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 岡 崎 市 長

次のとおり届け出ます。

届出人氏名	介護 太郎	本人との関係	長男
届出人住所	〒444-8601 岡崎市十王町二丁目9番地 電話番号23-6600		
届出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	異動日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
届出事由	退所		
新住所	〒		
旧住所	〒4xx-xxxx △△市〇〇町1丁目2番地 特別養護老人ホーム〇〇荘		
本年1月1日の住所	同上		

資格異動年月日	年	月	日
取得・異動・喪失			

取得事由	喪失事由	異動事由
市外転入	市外転出	氏名変更
職権復活	職権喪失	住所変更
65歳到達	死亡	世帯変更
適用除外非該当	適用除外該当	
その他取得	その他喪失	

氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号	個人番号	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備考
カイゴ イチロウ	明・大・ <u>昭</u> ・平	男・女	世帯主	0001234567	123456789012	有・無	有・無	
介護 一郎	2・3・4							
	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
	・							
	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
	・							

※ 記入不要（市処理欄）

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> オンライン	
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証・職員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
身元確認	写真有1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） 写真無2点 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	確認者