

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	
取得・異動・喪失	年 月 日

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・昭・平	男・女	世帯主	0001234567	123456789012	有・無	有・無	
介護 一郎	2・3・4	男・女				有・無	有・無	
	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