様式第1

介護保険資格　取得・喪失・変更　届

年　　月　　日

　大口町長　　　　様

　次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出事由 | 取得 | (転入・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 喪失 | (転出・死亡・その他　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 変更 | (氏名・住所・世帯・その他　　　　　　　　　　　) | | |
| 異動年月日 | 年　　月　　日 | | 被保険者証の有無 | 有・無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人氏名 |  | | 被保険者との続柄 | | | | |  | | | | | | | | |
| 届出人住所 | 〒　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 |  | 要介護認定の有無 | 有・無 | 介護保険施設入所の有無 | | | | | | | 有・無 | | | | | |
| 新住所  (転出の場合) | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧住所  (転入の場合) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日の住所(転入の場合) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |

介護保険料の過誤徴収があった場合は、下記口座への振込みを希望します。

住所　　〒

氏名

被保険者との続柄

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協・信金　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | | | |
| 金融機関コード |  | | 支店コード | | |  | | | | | |
| 口座名義人氏名 | カタカナで記入して下さい。 | | | | | | | | | | |
| 種目 | 普通・当座 | 口座番号(右詰め) | |  |  | |  |  |  |  |  |

※　転出の場合は本人の口座、死亡の場合は相続人代表の方の口座でお願いします。