

別記様式第1号(第3条関係)

介護保険資格取得・異動・喪失届

後志広域連合長様
次のおり届け出ます。

申請者氏名	印	本人との関係	資格異動年月日
申請者住所	〒 ー		取得・異動・喪失 年 月 日
申請事由	電話番号 ー		取得事由
新住所	〒		喪失事由
旧住所	〒		異動事由
本年1月1日の住所			取得事由 広域外転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得
			喪失事由 広域外転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失
			異動事由 氏名変更 住所変更(町村内) 住所変更(広域内) 世帯変更
			異動により還付等が生じた場合の振込先
			金融機関名
			支店名
			口座種別
			口座番号
			フリガナ 口座名義人

被保険者	生年月日	性別	続柄	被保険者番号	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備考
フリガナ	明・大・昭	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭	男・女			有・無	有・無	

※死亡喪失の場合記入

当該被保険者の債権等については、私が受取人となります。なお、私が受取人になることについては、他の相続者の了解を得ていることに相違ありません。又、私に支払われる債権等は上記預金口座へ振替払い願います。

受取人 住所： 〒
氏名：
電話番号：

㊟