

介護保険資格取得・異動・喪失届

東 郷 町 長 殿

次のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との 関 係	
届出人住所	〒 電話番号 () -		
届出日 年 月 日	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 〒			

取得事由	喪失事由	異動事由
市外転入 職権復活 65歳到達 適用除外該当 その他取得	市外転出 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

受付	電算入力	確認
/	/	/

フリガナ 氏 名	生年月日	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
	大・昭・平 ・ ・			有・無	有・無	
	大・昭・平 ・ ・			有・無	有・無	
	大・昭・平 ・ ・			有・無	有・無	

過誤納付による介護保険料を下記の口座に振込んでください。

申請者	氏名 _____	本人との 続柄 _____
	□上記届出人住所と同じ 住所 〒 - _____	

受取口座		☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 ☐ 振込口座を指定する									
振込み先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 出張所	
	種別	普通	当座	その他	口座番号						
	口座名義人	(フリガナ) _____									

※ ご本人がお亡くなりの場合は相続人の口座をご記入ください。