

## 介護保険資格取得・異動・喪失届

平内町長 様

次のとおり届け出ます。

|       |       |
|-------|-------|
| 届出年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

|     |      |   |                 |  |
|-----|------|---|-----------------|--|
| 届出者 | 氏名   |   | 被保険者からみ<br>ての関係 |  |
|     | 住所   | 〒 |                 |  |
|     | 電話番号 |   |                 |  |

|      |             |   |      |       |
|------|-------------|---|------|-------|
| 被保険者 | 被保険者番号      |   | 個人番号 |       |
|      | 氏名          |   | 生年月日 | 年 月 日 |
|      | 住所          |   |      |       |
|      | 転出後又は転居後の住所 | 〒 — ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ) |      |       |

※以下、市町村記入欄

|        | 異動年月日   | 年 月 日   |
|--------|---|---|
| 資格異動事由 | 取得  | 喪失 異動   |
|        | <input type="checkbox"/> 転入(裏面の同意書へ)<br><input type="checkbox"/> 住所設定<br><input type="checkbox"/> 他住所地特例解除<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 転出<br><input type="checkbox"/> 死亡<br><input type="checkbox"/> 職権消除<br><input type="checkbox"/> 出国<br><input type="checkbox"/> その他( ) |

|        |       |   |  |
|--------|-------|---|--|
| 受付者記載欄 | 保険証回収 | <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収  |  |
|        | 送付先確認 | <input type="checkbox"/> 現住所<br><input type="checkbox"/> 届出者住所<br><input type="checkbox"/> その他(宛先: 続柄: )<br>〒 |  |
|        | 受 付 者 |   |  |

|        |       |  |  |
|--------|-------|--|--|
| 担当者記載欄 | 保険証送付 | <input type="checkbox"/> 済(投函日: ) <input type="checkbox"/> 不要<br>L 同封物 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |
|        | 送 付 者 |  |  |

※転入の場合は裏面の同意書の記入をお願いします。

## 個人情報及び地方税関係情報の取得に関する同意書

下記の者は、平内町福祉介護課が介護保険法百十五条の四十五に基づく事務手続きを処理するために限って令和 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限りて同意することを申し添えます。

|     |         |    |
|-----|---------|----|
| 同意者 | 申請者との続柄 | 本人 |
|     | フリガナ    |    |
|     | 氏名      |    |
| 同意者 | 申請者との続柄 |    |
|     | フリガナ    |    |
|     | 氏名      |    |
| 同意者 | 申請者との続柄 |    |
|     | フリガナ    |    |
|     | 氏名      |    |
| 同意者 | 申請者との続柄 |    |
|     | フリガナ    |    |
|     | 氏名      |    |
| 同意者 | 申請者との続柄 |    |
|     | フリガナ    |    |
|     | 氏名      |    |

### 記載要領

- 1 同意する方本人が署名をしてください。
- 2 18歳未満の兄弟姉妹で未就業者は記入不要です。
- 3 記載欄が足りない場合は、欄外に記載してください。