

介護保険資格取得・異動・喪失届

山梨市長 様
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		
届出年月日 年 月 日		変更年月日 年 月 日	
届出事由			
新住所 電話番号			
旧住所			
本年1月1日の住所			

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
転入	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	

フリガナ氏名	生年月日	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
			個 人 番 号															
																有・無	有・無	
																有・無	有・無	
																有・無	有・無	
																有・無	有・無	
																有・無	有・無	
																有・無	有・無	

【市記入欄】

被保険者の本人・番号確認書類	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 医療保険証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ その他（ ）				
届出人の本人確認書類 ※届出人本人の場合不要	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 医療保険証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 登記事項証明書（成年後見人） ☐ その他（ ）				
受付者		郵送 ☐	入力者		確認者

