第1号様式(第3条関係)

介護保険　資格取得・異動・喪失届

厚岸町長　　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			

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	性別	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
(　　)	明・大・昭・平 ・　・	男・女				有・無	有・無	
(　　)	明・大・昭・平 ・　・	男・女				有・無	有・無	
(　　)	明・大・昭・平 ・　・	男・女				有・無	有・無	
(　　)	明・大・昭・平 ・　・	男・女				有・無	有・無	
(　　)	明・大・昭・平 ・　・	男・女				有・無	有・無	
(　　)	明・大・昭・平 ・　・	男・女				有・無	有・無	