様式第1号(第3条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険資格の取得(喪失)届　　東松島市長　　　　様 |
| 　次のとおり届け出ます。 | 　 |
| 届出年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 |
| 　 | 届出者 | 氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 被保険者 | フリガナ氏名 | 　 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　 |
| 第1号被保険者資格取得(喪失)の理由 | 取得 | 1　65歳到達2　転入　　　(転入日　　　　　　年　　月　　日)　前住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　3　その他 |
| 喪失 | 1　死亡　　　(死亡日　　　　　　年　　月　　日)2　転出　　　(転出日　　　　　　年　　月　　日)　転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　3　その他 |
| 備考 |
| 　※　届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所・電話番号は記入する必要はありません。　※　氏名変更・市内の住所地変更は、備考欄に記入してください。 |