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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |