

決	課長	補佐・代理	補佐・代理	本庁係	本庁担当	支所担当	受付者	証回収
済								

介護保険資格（取得・喪失・異動）届

年 月 日

美咲町長 様

届出人 住所

氏名 ㊟

次のとおり届け出ます。

該当被保険者

氏 名	生年月日	性別	被保険者番号				要介護認定の有・無
			/				
ワガナ	明・大・昭・平	男・女	個人番号				有・無

※該当する事由の番号に「○」を付けて、○を付けた右側の番号にご記入ください。

取得事由	喪失事由	異動事由	異動年月日
1. 町外から転入 ②へ 2. 適用除外非該当 ②へ 3. その他取得 ②へ	1. 死亡 ①③へ 2. 町外へ転出 ②③へ 3. 適用除外該当 ②③へ 4. その他喪失 ②③へ	1. 住所変更 ②へ 2. 氏名変更 ②へ 3. その他変更 ②へ	令和 年 月 日

① 被保険者死亡（相続代表者をご記入ください。）

なお、被保険者の介護保険料に未納・滞納がある場合は、保険料の還付金・高額介護サービス費等の支給額を保険料に充当することを承諾します。

相続代表者氏名	ワガナ ㊟	被保険者との続柄	
相続代表者住所	〒 -	電話番号；	

② 被保険者住所異動（転入、転出、町内住所等変更があった場合）

変更後 (住所)	〒 -	施設名；	
		電話番号	
変更前 (旧住所)	〒 -	電話番号	

③ 口座振込依頼欄（介護保険料の還付金等が発生した場合、下記の口座に振込みます。）

口座情報	銀行		支店	種類	普通・当座・その他
	農協	金庫			
口座番号					(ワガナ)
			口座名義		

※申請者（被保険者並びに相続代表者）と口座名義人が異なる場合は、下記委任状を記入してください。

委任状	私は、介護保険料還付金等の受け取りを	
	住所.....	代理人氏名..... 印.....
	を代理人として委任します	
	申請者(被保険者又は相続代表者) 氏名..... 印.....	

記入例（死亡届）

介護資格（取得・**喪失**・異動）届

平成 年 月 日

美咲町長 様

届出人 住所 **美咲町原田1735**

氏名 **美味 花子** 印

次のとおり届け出ます。

該当被保険者

氏名	生年月日	性別	被保険者番号	要介護認定の有・無
フリガナ ミサキ タロウ 美味 太郎	明・大 2 月 2 日	男 ○ 女	6660111111	
			個人番号	○ 有・無
			123456789012	

※該当する事由の番号に「○」を付けて、○を付けた右側の番号にご記入ください。

取得事由	喪失事由	異動事由	異動年月日
1. 町外から転入 ②へ 2. 適用除外非該当 ②へ 3. その他取得 ②へ	○ 1. 死亡 ①③ へ 2. 町外へ転出 ②③へ 3. 適用除外該当 ②③へ 4. その他喪失 ②③へ	1. 住所変更 ②へ 2. 氏名変更 ②へ 3. その他変更 ②へ	平成 26 年 2 月 2 日

① 被保険者死亡（相続代表者をご記入ください。）

なお、被保険者の介護保険料に未納・滞納がある場合は、保険料の還付金・高額介護サービス費等の支給額を保険料に充当することを承諾します。

相続代表者氏名	フリガナ ミサキ ハナコ 美味 花子 印	被保険者との続柄	妻
相続代表者住所	〒 709-3717 美咲町原田1735	電話番号；	0868-66-1115

② 被保険者住所異動（転入、転出、町内住所等変更があった場合）

変更後 (住所)	〒 -	施設名：
		電話番号
変更前 (旧住所)	〒 -	電話番号

③ 口座振込依頼欄（介護保険料の還付金等が発生した場合、下記の口座に振込ます。）

口座情報	銀行	協庫	支店	種類	○ 普通・当座・その他
	美味	銀	農	玉子	
口座番号	11111111	口座名義	(フリガナ) ミサキ ハナコ 美味 花子		

※申請者（被保険者並びに相続代表者）と口座名義人が異なる場合は、下記委任状を記入してください。

委任状	私は、介護保険料還付金等の受け取りを	代理人氏名	①の相続代表者名義の口座以外に、振り込みたい場合にご記入ください。
	住所 印... を代理人として委任します		
	申請者(被保険者又は相続代表者) 氏名	印	

記入例 (転出届)

決 済	課長	課長代理	本庁係	本庁担当	受付者	証回収

資格 (取得・喪失・異動) 届

平成 年 月 日

美咲町長 様

届出人 住所 **美咲町原田1735**

氏名 **美咲 太郎** 印

次のとおり届け出ます。

該当被保険者

氏名	生年月日	性別	被保険者番号	要介護認定の有・無
フリガナ ミサキ タロウ 美咲 太郎	明・大・昭・平 2. 2. 2	男・女 男	6660111111	
			個人番号	有・無
			123456789012	有

※該当する事由の番号に「○」を付けて、○を付けた右側の番号にご記入ください。

取得事由	喪失事由	異動事由	異動年月日
1. 町外から転入 ②へ 2. 適用除外非該当 ②へ 3. その他取得 ②へ	① 死亡 ①③へ ② 町外へ転出 ②③へ 3. 適用除外該当 ②③へ 4. その他喪失 ②③へ	1. 住所変更 ②へ 2. 氏名変更 ②へ 3. その他変更 ②へ	平成 26 年 2 月 2 日

① 被保険者死亡 (相続代表者をご記入ください。)

なお、被保険者の介護保険料に未納・滞納がある場合は、保険料の還付金・高額介護サービス費等の支給額を保険料に充当することを承諾します。

相続代表者氏名	フリガナ 被保険者との続柄
相続代表者住所	〒 - 電話番号 ;

転出先が施設の場合は、施設名もご記入ください。

② 被保険者住所異動 (転入、転出、町内住所等変更があった場合)

変更後 (住所)	〒 - 〇〇市××1-1-1	施設名 : 電話番号 0000-00-1111
変更前 (旧住所)	〒 709-3717 美咲町原田1735	電話番号 0868-66-1115

③ 口座振込依頼欄 (介護保険料の還付金等が発生した場合、下記の口座に振込ます。)

口座情報	美咲	銀行 農協 金庫	玉子	支店	種類	普通・当座・その他
	口座番号	1111111	口座名義	(フリガナ) ミサキ タロウ 美咲 太郎		

※申請者 (被保険者並びに相続代表者) と口座名義人が異なる場合は、下記委任状を記入してください。

委任状	私は、介護保険料還付金等の受け取りを
	住所 _____ 代理人氏名 _____ 印 _____ を代理人として委任します
	申請者 (被保険者又は相続代表者) 氏名 _____ 印 _____

記入例 (転入届)

資格 (取得) 喪失・異動) 届

平成 年 月 日

美咲町長 様

届出人 住所 **美咲町原田1735**

氏名 **美咲 太郎** (印)

次のとおり届け出ます。

該当被保険者

氏名	生年月日	性別	被保険者番号	要介護認定の有・無
フリガナ ミサキ タロウ 美咲 太郎	明・大・昭・平 2・2・2	男・女 男	6660111111	
			個人番号	有・無
			123456789012	有

※該当する事由の番号に「○」を付けて、○を付けた右側の番号にご記入ください。

取得事由	喪失事由	異動事由	異動年月日
<input checked="" type="radio"/> 1. 町外から転入 ②へ <input type="radio"/> 2. 適用除外非該当 ②へ <input type="radio"/> 3. その他取得 ②へ	<input type="radio"/> 1. 死亡 ①③へ <input type="radio"/> 2. 町外へ転出 ②③へ <input type="radio"/> 3. 適用除外該当 ②③へ <input type="radio"/> 4. その他喪失 ②③へ	<input type="radio"/> 1. 住所変更 ②へ <input type="radio"/> 2. 氏名変更 ②へ <input type="radio"/> 3. その他変更 ②へ	平成 26 年 2 月 2 日

① 被保険者死亡 (相続代表者をご記入ください。)

なお、被保険者の介護保険料に未納・滞納がある場合は、保険料の還付金・高額介護サービス費等の支給額を保険料に充当することを承諾します。

相続代表者氏名	フリガナ 美咲 太郎 (印)	被保険者との続柄
相続代表者住所	〒 -	電話番号;

② 被保険者住所異動 (転入、転出、町内住所等変更があった場合)

変更後 (住所)	〒 709-3717 美咲町原田1735	施設名:
		電話番号 0868-66-1115
変更前 (旧住所)	〒 - 〇〇市××1-1-1	電話番号 0000-00-1111

③ 口座振込依頼欄 (介護保険料の還付金等が発生した場合、下記の口座に振込ます。)

口座情報	銀行 農協 金庫	支店	種類	普通・当座・その他
	口座番号	口座名義	(フリガナ)	

※申請者 (被保険者並びに相続代表者) と口座名義人が異なる場合は、下記委任状を記入してください。

委任状	私は、介護保険料還付金等の受け取りを
	住所..... 代理人氏名..... 印..... を代理人として委任します
	申請者 (被保険者又は相続代表者) 氏名..... 印.....

記入例（住所変更届）

決 済	課長	課長代理	本庁係	本庁担当	支所担当	証回収

(取得・喪失・**異動**)届

平成 年 月 日

美咲町長 様

届出人 住所 **美咲町原田1735**

氏名 **美咲 太郎** 印

次のとおり届け出ます。

該当被保険者

氏 名	生年月日	性別	被保険者番号	要介護認定の有・無
フリガナ ミサキ タロウ	明・大・昭・平	男・女	6660111111	
美咲 太郎	2・2・2	男	個人番号	有 ・無
			123456789012	

※該当する事由の番号に「○」を付けて、○を付けた右側の番号にご記入ください。

取得事由	喪失事由	異動事由	異動年月日
1. 町外から転入 ②へ 2. 適用除外非該当 ②へ 3. その他取得 ②へ	1. 死亡 ①③へ 2. 町外へ転出 ②③へ 3. 適用除外該当 ②③へ 4. その他喪失 ②③へ	○ 1. 住所変更 ②へ 2. 氏名変更 ②へ 3. その他変更 ②へ	平成 26 年 2 月 2 日

① 被保険者死亡（相続代表者をご記入ください。）

なお、被保険者の介護保険料に未納・滞納がある場合は、保険料の還付金・高額介護サービス費等の支給額を保険料に充当することを承諾します。

相続代表者氏名	フリガナ	被保険者との続柄
相続代表者住所	電話番号；	

② 被保険者住所異動（転入、転出、町内住所等変更があった場合）

変更後 (住所)	〒 709-3717 美咲町原田1735	施設名： 電話番号 0868-66-1115
変更前 (旧住所)	〒 708-1533 美咲町久木200-8	電話番号 0868-62-1111

③ 口座振込依頼欄（介護保険料の還付金等が発生した場合、下記の口座に振込ます。）

口座情報	銀行 農協 金庫	支店	種類	普通・当座・その他
	口座番号	口座名義	(フリガナ)	

※申請者（被保険者並びに相続代表者）と口座名義人が異なる場合は、下記委任状を記入してください。

委任状	私は、介護保険料還付金等の受け取りを		
	住所	代理人氏名	印
	を代理人として委任します		
	申請者(被保険者又は相続代表者) 氏名		印