様式第2号(第7条関係)

介護保険資格取得・異動・喪失届

守谷市長　宛て

　次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 資格異動年月日 | |  | | | |
| 届出人氏名 |  | | 本人との関係 | |  | |  |
| 取得・異動・喪失　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
|
|  | | | | | |
| 届出人住所 | 電話番号 | | | | | |
| 取得事由 | 喪失事由 | | | 異動事由 | |
|
| 市外転入  職権復活  65歳到達  適用除外非該当  その他取得 | 市外転出  職権喪失  死亡  適用除該当  その他喪失 | | | 氏名変更  住所変更  世帯変更 | |
| 届出日  　　　年　　　月　　　日 | | 異動日  　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | | | | | | |
| 届出事由（該当事由を○で囲んでください。）  　転入　・　転居　・　転出　・　死亡　・　その他(　　　　　　　) | | | | | | |  | | | | | | |
| 新住所 | | | | | | |
| 旧住所 | | | | | | |
| 前年1月1日現在の住所 | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所 | | | | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | | 性別 | 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 |
| 氏名 | |
| 個人番号 | | | | |
|  | | 明・大・昭  ・　　・ | | 男・女 |  |  | | | | | 有・無 | | 有・無 |
|  | |
|  | | | | |
|  | | 明・大・昭  ・　　・ | | 男・女 |  |  | | | | | 有・無 | | 有・無 |
|  | |
|  | | | | |
|  | | 明・大・昭  ・　　・ | | 男・女 |  |  | | | | | 有・無 | | 有・無 |
|  | |
|  | | | | |
|  | | 明・大・昭  ・　　・ | | 男・女 |  |  | | | | | 有・無 | | 有・無 |
|  | |
|  | | | | |
|  | | 明・大・昭  ・　　・ | | 男・女 |  |  | | | | | 有・無 | | 有・無 |
|  | |
|  | | | | |