

介護保険・福祉医療費給付事業 資格取得・異動・喪失届

上 松 町 長 殿

次のとおり（介護保険・福祉医療費給付事業）の届け出をします。

届出人氏名		異動者との関係		太枠内を記入して下さい。									
届出人住所		〒										対象となる制度の部分について記入をお願いします。	
届 出 日		年 月 日		異動日		年 月 日							
届出事由	取 得	町内転入 職権復活 適用除外非該当 その他（ ）											
	喪 失	町外転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他											
	異 動	住所変更 世帯変更 口座変更 健康保険証変更 氏名変更（ ⇒ ）											
	再発行	福祉医療費受給者証 介護保険被保険者証		理 由		紛失・破損・その他（ ）							
住所の変更	新住所	〒											
	旧住所	〒											
	本年 1 月 1 日の本人住所		新住所・旧住所・その他（〒 ）										
異動等があった者の氏名等													
フリガナ氏 名		生年月日		性別		介護保険被保険者番号 福祉医療受給者番号		介護認定の有無		介護保険施設入所の有無			
		大・昭・平・令 年 月 日		男・女				有・無		有・無			
		大・昭・平・令 年 月 日		男・女				有・無		有・無			
		大・昭・平・令 年 月 日		男・女				有・無		有・無			
		大・昭・平・令 年 月 日		男・女				有・無		有・無			

※福祉医療については、受取口座に変更がある場合に記入ください。介護保険資格喪失手続きの場合も還付金のため、振込先の口座の記入をお願いします。（介護保険は、木曽広域連合にも届出書の写しを送付しますのでご承知願います。）

口 座 情 報	金融機関	八十二銀行・木曽農協・その他（ ）				フリガナ							
	支店（所）	支店・支所				口座名義							
	口座種別	普通・当座		口座番号									
健康保険証情報 （福祉医療）	保険者番号				記号				番号				
	保険者名称				勤務先		名称						
	被保険者氏名						住所		TEL				
	資格取得日	年 月 日											

届出確認	課 長	課長補佐	係 長	介護保険担当	福祉医療担当	入力確認

