



介護保険資格取得・異動・喪失届

尼崎市 長あて

被保険者番号				個人番号			

太枠内の必要箇所を記入してください。

届出日 年 月 日 届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号の記入は不要です。

届出人	フリガナ 氏名	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	住所 〒	※届出人確認資料必須		
	電話番号					
被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本市での介護認定 <input type="checkbox"/> ある又は申請中 <input type="checkbox"/> なし		
	旧氏名	※氏名変更時のみご記入ください。				
	世帯主	※被保険者が世帯主の場合は、氏名・生年月日のご記入は不要です。	生年月日	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> その他()		
	現住所	〒 尼崎市 ※現時点での住民票住所をご記入ください。		電話番号		
	転居(前住所)	〒 尼崎市				
	転入(前住所) (年1月1日の住所)	※転入日以前直近の1月1日の住民票住所をご記入ください。		※右端の項目も必ずご記入ください。		前市の認定有効期間 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本市での認定申請 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	転出先	※右端の項目も必ずご記入ください。		他市介護施設入所 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
	送付先	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 解除	※右に該当する場合は、解除し住民票 ①住民票の異動届出により、住民票の住所と送付先の住所が同じ場合 住所へ送付することがあります。 ②登録した送付先(世帯主または施設管理者)より送付先解除の要望があった場合		送付先住所 の電話番号 被保険者との続柄	
死亡届出時のみ介護認定申請中の方はどちらかの口に✓してください。 認定申請を(<input type="checkbox"/> 取下げ ・ <input type="checkbox"/> 認定決定)する。						

夫婦同時 届出受付(認定申請なし)
夫婦同時 認定申請

決裁日	年	月	日
課長	係長	係	
受付 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 保健福祉センター <input type="checkbox"/> 地区保健福祉申請受付窓口 <input type="checkbox"/> おくやみコーナー			係(受付者)

届出事由		
取得	異動	喪失
1. 65歳到達	1. 氏名変更	1. 転出
2. 転入	2. 転居	2. 死亡
3. 適用除外該当	3. 世帯変更	3. 適用除外該当
4. 復職復活	4. 送付先 (新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除)	4. 職権喪失
5. その他 ()	5. その他 ()	5. その他 ()

他市住所地特例者
転入・転居・転出・死亡
連絡票等送付日 年 月 日

届出事由発生日 年 月 日
(転出の場合 予定・確定)

資格(取得・異動・喪失)日 年 月 日

入力日 年 月 日

受給資格証明書交付

受付日 年 月 日

現住所世帯員				届出確認資料 (※添付漏れにご注意ください。)		
氏名	生年月日	続柄	市民税申告	代理権確認	届出人確認	番号確認
	年 月 日	世帯主	<input type="checkbox"/> 申告済 <input type="checkbox"/> 未申告	1. 委任状(※) 2. 登記事項証明書(※) 3. 本人確認書類 保(社・国・後・介) 年金・診・キャ・クレ・ 通帳・他()	1 点 マイ・免・旅・手・ 他()	1. マイナンバーカード 2. 通知カード 3. 住民票等 4. 他()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申告済 <input type="checkbox"/> 未申告		2 点 保(社・国・後・介) 年金・診・キャ・クレ・ 通帳・他()	
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申告済 <input type="checkbox"/> 未申告			

<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日	[未回収理由] <input type="checkbox"/> 紛失・汚損 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 同送 <input type="checkbox"/> 負担限度額証 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 同送	
<input type="checkbox"/> 未交付 認定申請中(年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 回収 年 月 日	

被保険者以外の世帯員について記入してください。被保険者が世帯主の場合は、世帯主欄の記入は不要です。

(※)代理権確認資料1・2: 窓口届出・郵送届出問わず、必ずコピーを添付してください。
その他の確認資料: 窓口届出時は原本を提示し、郵送届出時はコピーを添付してください。