



尼 崎 市 長 あて

介護保険資格取得・異動・喪失届

太枠内の必要箇所を記入してください。

被 保 険 者 番 号					個 人 番 号				

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 ☐ 被保険者本人 ☐ その他 ()	住 所 〒 電話番号	※届出人確認資料必須		
	フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日	性別 ☐ 男 ☐ 女 本市での介護認定 ☐ ある 又は 申請中 ☐ なし			
被 保 険 者	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。 氏 名	生年月日 年 月 日	被保険者との続柄 ☐ 被保険者本人 ☐ その他()		
	現 住 所	〒 ※現時点での住民票住所をご記入ください。 尼崎市			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 ☐ ある ☐ なし 本市での認定申請 ☐ する ☐ しない	
	転出先 【ご注意】 住所地特例適用者は本届出不要 【住所地特例適用・変更・終了届】 にて届出をしてください。	〒 転出先の電話番号		他市介護施設入所 ☐ する ☐ しない		
	送付先 【ご注意】 右下欄の届出確認資料は必須です。 添付漏れ時は届出書を返却します。	☐ 届出人と同じ ☐ 解除 住所 〒 方 書		※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□に ✓ してください。 認定申請を(☐ 取下げ ・ ☐ 認定決定)する。						

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	☐ 申 告 済 ☐ 未 申 告	1. 委任状(※1、※2) 2. 登記事項証明書等(※1、※3) 3. 本人確認書類(※1) 保(社・国・後・介) 年金・診・キャ・クレ・ 通帳・他()	1 点 マイ・免・旅・手・ 他() 2 点 保(社・国・後・介) 年金・診・キャ・クレ・ 通帳・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		☐ 申 告 済 ☐ 未 申 告			
	年 月 日		☐ 申 告 済 ☐ 未 申 告			

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。

(※1)代理権確認資料：窓口届出は原本を提示・郵送届出は写しの添付必須です。
(※2)同一世帯員の方は[3.本人確認書類]を添付されていれば委任状は不要です。
(※3)登記されるまでの間は代理権が付与されていることが確認できる審判書及び審判確定証明書の各写しを添付してください。

☐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			
☐ 保健福祉センター ☐ 地区保健福祉申請受付窓口 ☐ 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 2. 転 入 3. 適用除外該当 4. 復 活 職 権 復 活 5. そ の 他 ()	1. 氏 名 変 更 2. 転 居 3. 世 帯 変 更 4. 送 付 先 (新規 ☐ 変更 ☐ 解除) 5. そ の 他 ()	1. 転 出 2. 死 亡 3. 適用除外該当 4. 職 権 喪 失 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

被 保 険 者 証	
☐ 交付 年 月 日 ☐ 被保険者証 ☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 負担割合証 ☐ 窓口 ☐ 同送 ☐ 負担限度額証 ☐ 窓口 ☐ 同送 ☐ 未交付 認定申請中(年 月 日) ☐ 回収 年 月 日	☐ 未回収 [未回収理由] ☐ 紛失・汚損 ☐ その他 ()