

介護保険資格異動届兼証交付等申請書
 (兼住所地特例者異動届)
 西宮市長 様

資格取得	資格喪失	その他異動	住所地特例
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 適用除外解除 <input type="checkbox"/> 職権回復	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> 職権喪失	<input type="checkbox"/> 住所氏名変更 <input type="checkbox"/> 2号証交付 <input checked="" type="checkbox"/> 証再交付 <input type="checkbox"/> 職権変更	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 他市該当 <input type="checkbox"/> 他市終了

認定申請	申請区分	<input type="checkbox"/> 2号証交付 <input type="checkbox"/> 年齢到達
	認定申請日	年 月 日
受付者		

次のとおり申請します。

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証番号	0	0	0																	
---------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	フリガナ					生年月日	明大昭 (年 月 日)			要介護・要支援認定状況	<input type="checkbox"/> 認定を受けている <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない		
	氏名						住所	電話 ()			医療保険	保険者名	
	住所					異動前住所		異動前氏名				記号	
	異動前住所									番号			

申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	被保険者との関係		電話	()	■受付窓口記入欄■								
	住所						○本人確認資料 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証(介・国・後・社) 発行者() <input type="checkbox"/> 免(No.) <input type="checkbox"/> その他()			取扱事務 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(送付日) <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他(割・限・) <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(送付日) <input type="checkbox"/> 回収					
証再交付申請	再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他()		誓約書 以前に交付された介護保険被保険者証等を見つけた場合、西宮市に速やかに返還いたします 被保険者氏名 ----- 代理人氏名			<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 本人確認資料 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証(介・国・後・社) 発行者() <input type="checkbox"/> 免(No.) <input type="checkbox"/> その他()			備考		

住所地特例または適用除外	入所施設	<input type="checkbox"/> 介護保険3施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム		(入所施設名称)	(入所予定年月日)	受付者	受付印
		<input type="checkbox"/> 適用除外施設		(入所施設住所)	令和 年 月 日		
	退所施設	<input type="checkbox"/> 介護保険3施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム		(退所施設名称)	(退所予定年月日)	入力	
		<input type="checkbox"/> 適用除外施設		(退所施設住所)	令和 年 月 日		

市使用欄	課長	係長	係	係	係

別紙のとおり送付してよろしいか(伺)