

# 介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(宛先) 岡 崎 市 長

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届け出ます。

・上記(適用・変更・終了)より該当するものに丸をつける

在宅 施設:適用 施設 施設:変更 施設 在宅:終了

		届出年月日	令和 年 月 日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 _____ 電話番号 _____		

届出人が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記入不要

被 保 険 者	被保険者番号	_____	個人番号	_____
	フリガナ	_____	世帯主との続柄	_____
	氏 名	_____	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	性 別	男 ・ 女		

世 帯 主	氏 名	_____	個人番号	_____
	性 別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 _____ 電話番号 _____		
	異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設	名 称	_____	退所(居)年月日

異 動 後 情 報	現住所	〒 _____ 電話番号 _____		
	異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設	名 称	_____	入所(居)年月日

記入不要(市処理欄)

番号確認	個人番号カード	通知カード	住民票の写し	オンライン	
申請者	本人 法定代理人 任意代理人	登記事項証明書 同居家族	委任状 本人の被保険者証等	その他( )	
身元確認	写真有 1点 写真無 2点	運転免許証 介護被保険者証 その他( )	障害者手帳 医療被保険者証	その他( )	確認者