# 介護保険　住所地特例　適用･変更･終了　届

光　市　長　　宛　　※1

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。

| 申請年月日 | 年　　月　　日 |
|---|---|

＊ 太枠の中を記入のこと
＊ 被保険者証を添えて届け出ること

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明･大･昭　　年　　月　　日 |
| | 氏　名 | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 世帯主との関係 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 世帯主 | フリガナ | | 生年月日 | 明･大･昭　　年　　月　　日 |
| | 氏　名 | | 性　別 | 男　・　女 |

＊被保険者が世帯主の場合は記入不要

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 届出人 | フリガナ | | 続柄 | |
| | 氏　名 | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 住　所 | 〒 | 電話番号 | (　　) |

＊届出人が被保険者本人の場合は記入不要

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 異動前 | 住　所 | 〒 | 電話番号 | (　　) |
| | 施設名称 | | 退所年月日 | 年　　月　　日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 異動後 | 住　所 | 〒 | 電話番号 | (　　) |
| | 施設名称 | | 入所年月日 | 年　　月　　日 |

※1　在宅→施設:適用　　施設→施設:変更　　施設→在宅:終了　のうち該当するものに〇をつけること

| | |
|---|---|
| 市確認欄 | □　本人の身元確認　□　代理人の身元確認<br>1点【･個人番号カード　･運転免許証　･写真付き身分証明書　･介護支援員専門員証　･その他(　　)】<br>2点【･介護保険被保険者証　･負担割合証　･医療保険証　･年金手帳　･貯金通帳　･その他(　　)】<br>□　個人番号の確認【･個人番号カード　･通知カード　･個人番号が記載された住民票】<br>□　代理権の確認【戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類　･委任状(任意代理人)<br>本人の介護保険被保険者証　･本人の個人番号カード　･本人の健康保険証　･その他(　　)】 |
| 備考 | |