

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

安八郡広域連合長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

*上記（適用・変更・終了）より該当するものに○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	年 月 日
届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒 _____ 電話番号 _____		

*届出人が被保険者本人または同居の家族の場合、『届出人住所』欄の記載不要

被保険者	被保険者番号	_____	個人番号	_____
	フリガナ	_____	介護度等	<input type="checkbox"/> 要介護 ____ <input type="checkbox"/> 要支援 ____
	氏 名	_____	生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性 別	男 ・ 女

世帯主	氏 名	_____	被保険者との続柄	_____

異動前情報	従前の住所	〒 _____ 年 月 日		
		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	_____		
	退所年月日	_____ 年 月 日	入所年月日	_____ 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	_____	
	入所年月日	_____ 年 月 日		

身元確認	1点で良いもの (国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの)	2点必要なもの	受付者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 各種障害手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種公的年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	