

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了・届

あて先 日野市長

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	年 月 日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号		

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号															
	個人番号															
	フリガナ															
	氏 名												生年月日	明・大・昭 年 月 日		
													性別	男 ・ 女		

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄

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												
	入退所年月日	年 月 日											

◆市使用欄 ※この欄には記入しないでください。

□ 窓口	□本人 □同世帯の親族 □その他()											□郵送
	番号確認 □個人番号カード □通知カード □住基 □個人番号記載住民票											
身元確認書類	一点提示	□個人番号カード					二点提示	□介護被保険者証 □健康保険証				
		□運転免許証						□介護他書類(負限・負割・通知類・)				
受付(発行)者		確認者			交付日			年 月 日				
宛名登録	登録日	登録者			確認者			備考				