

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		

[illegible]

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 ☐ 登記事項証明書 ☐ 任意代理人 ☐ 同居家族 ☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証等 ☐ 介護支援専門員証・職員証 ☐ その他（ ）	
身元確認	写真有 1 点 ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他（ ） 写真無 2 点 ☐ 介護被保険者証 ☐ 医療被保険者証 ☐ その他（ ）	確認者