

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	介護 太郎	本人との関係	長男
届出人住所	〒444-8601 岡崎市十王町二丁目9番地 電話番号 23-6646		

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	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	カイゴ イチロウ	世帯主との続柄	父
	氏 名	介護 一郎	生年月日	明・大・昭 2年 3月 4日
	性 別	男 ・ 女		

世 帯 主	氏 名	介護 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 3
	性 別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 30年 1月 1日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒444-8601 岡崎市十王町二丁目9番地 電話番号 23-6646		
	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	〒445-xxxx 西尾市xx町一丁目2番地 電話番号 xxx-x-xxxx		
	異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設	名 称	特別養護老人ホーム 荘	
	入所(居)年月日	令和 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	介護支援専門員証・職員証 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