

(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	令和〇年〇月〇日
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	0001234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	カイゴ イチロウ	世帯主との 続 柄	本人
	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 一郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 2年3月4日

異動 前 情 報	従前の住所	〒445-XXXX 西尾市XX町一丁目2番地 電話番号 XXXX-XX-XXXX	
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと		
	施設	名称	特別養護老人ホーム ○○荘
		退所(居)年月日	令和○○年○○月○○日

異動 後 情 報	現住所	〒444-8601 岡崎市十王町二丁目9番地 電話番号 23-6646	
	※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