

介護保険 住所地特例 適用 ・ 変更 ・ 終了 届

みやま市長 様

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)の該当するものに○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	
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		

世 帯 主	氏名	世帯主との続柄	個人番号		
			生年月日		

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 電話番号			
	* 移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			
	* 移動後住所が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名称			
		入所(居)年月日			

(事務仕様欄)

届出人本人確認

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他()

代理権確認

- 委任状
- 健康保険証等
- その他()

受付

受付印