

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

揖斐広域連合長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出します。

※上記(適用・変更・終了)より該当するものに○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	年 月 日
届出人氏名	印	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、届出人住所・電話番号は記載不要

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

世 帯 主	個人番号										
	氏名	被保険者との続柄	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
			性別	男 ・ 女							

異 動 前 住 所	従前の所	〒 - 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 退所 ・ 死亡 ・ その他									

異 動 後 住 所	現住所	〒 - 電話番号 ( )									
	※異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと										
	施設	名称									
	入所年月日	年 月 日									

-----  
 処理状況

受付窓口	<input type="checkbox"/> 揖斐川 <input type="checkbox"/> 大野 <input type="checkbox"/> 池田 <input type="checkbox"/> 広域	受付年月日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考		処理日	年 月 日