

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	〒 ー 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	〒 ー 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					

異 動 後 住 所	現 住 所	〒 ー 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