

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

荒川区長 殿

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。

	届出年月日	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	電話	

* 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		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性 別	男 ・ 女

世 帯 主	氏 名	世帯主との続柄	生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	電話		
	* 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 情 報	現 住 所	電話		
	* 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

<職員記入欄>

<介護保険課 記入欄>

本人 確 認 欄	個人番号カード 医療保険証 在留カード又は特別永住者証明書 その他(運転免許証 老人医療証 パスポート	受 付	入 力	被 保 険 者 証	受領 (/)郵送
申請者	被保険者の番号確認	代理権の確認			担 当 者	
本人 (被保険者) 代理人 代行 郵送	個人番号カード 通知カード 住民票記載事項証明書 住基(端末確認)	同一世帯の親族 介護保険被保険者証 委任状 その他 ()				確認日 年 月 日 番号確認の同意 有 ・ 無