

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・平 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | | |

| | | | | |
|-------------|----|--|---------|--------------------------|
| 世 帯 主 | 氏名 | | 世帯主との続柄 | |
| | | | | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------|--|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード又は特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 老人医療証 <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 本人 (被保険者) <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 住基 (端末確認) | <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | 確認日 年 月 日 |
| | | | | | | 番号確認の同意 有 ・ 無 |