

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	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード又は特別永住者証明書 ☐ その他 ()	受		入		被 保 険 者 証	受領
		付		力			(/)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	