

様式第2号(第2条関係)

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

袖ヶ浦市長 様

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了について、次のとおり届け出ます。

・上記 適用・変更・終了 より、該当するものに 印をつける。

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		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号		

*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										
	氏名			生年月日	年 月 日						
			性別	男・女							

世帯主	氏名			世帯主との続柄		
				生年月日	年 月 日	
				性別	男・女	

異動前情報	従前の住所	〒 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				

異動後情報	現住所	〒 電話番号				
	*異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと					
	施設名	称				
	入所年月日	年 月 日				

保険者確認欄	提出	本人	代理	代行(使者)	郵送
	代理権の確認	介護保険被保険者証等	委任状	成年後見	意思確認困難
	個人番号カード提示	(有・無)		番号確認書類提示	(有・無)
	身元確認	運転免許証	パスポート	障害者手帳	
		介護保険被保険者証	医療保険被保険者証	その他()	
個人番号システム確認					