

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

帯広市長様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

	届出年月日	令和 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	個人番号		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票		
	被保険者番号	0 0 0 _____	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳等 <input type="checkbox"/> 通知カード (本人同意 有 <input type="checkbox"/> ・無 <input 2"="" type="checkbox/>)</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="/>		生 年 月 日
	被保険者氏名			明・大・昭 _____ 年 月 日	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			

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				
	入所・退所年月日	令和 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・退所年月日	令和 年 月 日			

※上記(適用・変更・終了)より該当するものに丸をつける。(住宅→施設:適用 施設→施設:変更 施設→在宅:終了)

※被保険者→市町村(被保険者証と一緒に提出)