介護保険　住所地特例　適用 ・ 変更 ・ 終了　届

日南市長　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。

＊上記（適用・変更・終了）より該当するものに〇をつける。

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			
	ふりがな			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			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（居）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（居）年月日	年　月　日

※市役所確認欄

個人番号確認及び本人確認実施者	交付対象者を確認するもの		代理人を確認するもの	代理権を確認するもの	その他
	□個人番号カード □その他 （　　）	□通知カード □運転免許証 □介護保険証 □その他（　　）	□運転免許証 □介護支援専門員証 □その他（　　）	□委任状 □対象者の介護保険証 □その他（　　）	□郵送 □使者