介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

（宛先）幸田町長

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丸をつける
在宅→施設：適用　施設→施設：変更　施設→在宅：終了

		届出年月日	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	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		世帯主との続柄	
	氏　名		生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女

世帯主	氏　名		個人番号	
			生年月日	大正・昭和　　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	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	
		入所年月日	令和　　年　　月　　日

※幸田町確認欄

提出	身元確認
□本人　□代理　□代行　□郵送	□個人番号カード □運転免許証 □その他（　　）
代理権の確認	□介護保険被保険者証　※２点以上 □介護保険負担割合証 □介護保険負担限度額証 □健康保険被保険者証 □後期高齢者医療被保険者証 □その他（　　）
□介護保険被保険者証 □書面（　　）	
個人番号の確認	
□個人番号カード □番号確認書類（通知カード等）	