

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

中能登町長

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	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	〒 _____ 電話番号 _____	

*届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	〇 〇 _____	個人番号	_____
	フリガナ	世帯主との続柄		
	氏名	生年月日	大・昭 _____ 年 月 日	

世 帯 主	フリガナ		生年月日	大・昭・平 _____ 年 月 日
	氏名			

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	

※ 町記入欄

確 認	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 担当確認			
	身元確認()	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()			