

記載例

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

八王子市長 おて

介護保険法施行規則第25条第1項及び2項の規定により、次のとおり
住所地特例 適用・変更・終了について 届出します。

<input checked="" type="checkbox"/>	適用	在宅→施設
<input type="checkbox"/>	変更	施設→施設
<input type="checkbox"/>	終了	施設→在宅

届出人	届出年月日	令和4年 8月 1日
	届出人氏名	介護 優子
	届出人住所	*被保険者本人が届出する場合は、記入不要です。 八王子市子安町四丁目7番1号
	届出人電話番号	xxx (xxx) xxxxx
	被保険者との関係	本人・家族・ <u>介護支援専門員</u> ・その他()

被保険者	個人番号(12桁)	x x x x x x x x x x x x
	被保険者番号(10桁)	x x x x x x x x x x
	フリガナ	ハチオウジ ハナコ
	氏名	八王子 花子
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 30年 6月 15日

異動後の世帯主	*被保険者が異動後の世帯主の場合は記入不要です。	
	個人番号(12桁)	x x x x x x x x x x x x
	氏名	八王子 恵子
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 35年 10月 1日
	続柄	姉

異動前	住所	八王子市元本郷町3丁目24番1号
	*従前の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	
	通所(居)年月日	年 月 日

異動後	住所	東京都 区 丁目x番 号
	*異動後の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	サービス付き高齢者向け住宅
	入所(居)年月日	令和4年 8月 5日

※申請用印欄

身元保証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	代印用印 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()	個人番号推測 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()
---	---	---

備考欄 [事務所・番社票・介護保険証]

記載例

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

八王子市長 おて

介護保険法施行規則第25条第1項及び2項の規定により、次のとおり
住所地特例 適用・変更・終了について 届出します。

<input checked="" type="checkbox"/>	適用	在宅→施設
<input type="checkbox"/>	変更	施設→施設
<input type="checkbox"/>	終了	施設→在宅

届出人	届出年月日	令和4年 8月 1日
	届出人氏名	介護 優子
	届出人住所	*被保険者本人が届出する場合は、記入不要です。 八王子市子安町四丁目7番1号
	届出人電話番号	××× (×××) ××××
	被保険者との関係	本人・家族・ <u>介護支援専門員</u> ・その他()

被保険者	個人番号(12桁)	× × × × × × × × × × × ×
	被保険者番号(10桁)	× × × × × × × × × ×
	フリガナ	ハチオウジ ハナコ
	氏名	八王子 花子
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 30年 6月 15日

異動後の世帯主	*被保険者が異動後の世帯主の場合は記入不要です。	
	個人番号(12桁)	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	続柄	

異動前	住所	八王子市元本郷町3丁目24番1号
	*従前の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	
	通所(居)年月日	年 月 日

異動後	住所	東京都 区 丁目×番 号
	*異動後の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	サービス付き高齢者向け住宅
	入所(居)年月日	令和4年 8月 5日

※事務処理要領

身元保証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	代印承認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()	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"/> その他()
---	---	---

備考欄 [事務所・番社票・介護保険証]

記載例

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

八王子市長 おて

介護保険法施行規則第25条第1項及び2項の規定により、次のとおり
住所地特例 適用・変更・終了について 届出します。

<input type="checkbox"/>	適用	在宅→施設
<input checked="" type="checkbox"/>	変更	施設→施設
<input type="checkbox"/>	終了	施設→在宅

届出人	届出年月日	令和4年 8月 1日
	届出人氏名	介護 優子
	届出人住所	*被保険者本人が届出する場合は、記入不要です。 八王子市子安町四丁目7番1号
	届出人電話番号	xxx (xxx) xxxxx
	被保険者との関係	本人・家族・ <u>介護支援専門員</u> ・その他()

被保険者	個人番号(12桁)	x x x x x x x x x x x x
	被保険者番号(10桁)	x x x x x x x x x x
	フリガナ	タカオ メグミ
	氏名	高尾 恵
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 25年 6月 15日

異動後の世帯主	*被保険者が異動後の世帯主の場合は記入不要です。	
	個人番号(12桁)	x x x x x x x x x x x x
	氏名	高尾 良夫
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 26年 10月 1日
	続柄	妻

異動前	住所	神奈川県xx市 番地
	*従前の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	サービス付き高齢者向け住宅 xx
	通所(居)年月日	令和4年 8月 5日

異動後	住所	東京都 区 丁目x番 号
	*異動後の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	サービス付き高齢者向け住宅
	入所(居)年月日	令和4年 8月 5日

※事務処理要領

身元保証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	代印承認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()	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"/> その他()
---	---	---

備考欄 [事務所・番地票・介護保険証]

記載例

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

八王子市長 おて

介護保険法施行規則第25条第1項及び2項の規定により、次のとおり
住所地特例 適用・変更・終了について 届出します。

<input type="checkbox"/>	適用	在宅→施設
<input type="checkbox"/>	変更	施設→施設
<input checked="" type="checkbox"/>	終了	施設→在宅

届出人	届出年月日	令和4年 8月 1日
	届出人氏名	介護 優子
	届出人住所	*被保険者本人が届出する場合は、記入不要です。 八王子市子安町四丁目7番1号
	届出人電話番号	xxx (xxx) xxxxx
	被保険者との関係	本人・家族・ <u>介護支援専門員</u> ・その他()

被保険者	個人番号(12桁)	x x x x x x x x x x x x
	被保険者番号(10桁)	x x x x x x x x x x
	フリガナ	ミナミオオサワ カヨ
	氏名	南大沢 佳代
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 25年 6月 15日

異動後の世帯主	*被保険者が異動後の世帯主の場合は記入不要です。	
	個人番号(12桁)	x x x x x x x x x x x x
	氏名	南大沢 大地
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 26年 10月 1日
	続柄	妻

異動前	住所	神奈川県xx市 番地
	*従前の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	サービス付き高齢者向け住宅 xx
	退所(退)年月日	令和4年 8月 5日

異動後	住所	東京都八王子市元本郷町3丁目24番1号
	*異動後の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)	
	施設 名称	
	入所(入)年月日	年 月 日

※事務処理要領

身元保証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	代印承認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()	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"/> その他()
---	---	---

備考欄 [事務所・番地票・介護保険証]