

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

八王子市長 あて

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 type="checkbox"/>	終了	施設→在宅

届出人	届出年月日	年 月 日
	届出人氏名	
	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。
	届出人電話番号	()
	被保険者との関係	本人 ・ 家族 ・ 介護支援専門員 ・ その他()

被保険者	個人番号(12桁)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
	被保険者番号(10桁)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
	フリガナ													
氏 名														
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 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)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
	氏 名													
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日												
続柄														

異動前	住所		
	*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	
		退所(居)年月日	年 月 日
異動後	住所		
	*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(居)年月日	年 月 日

※事務処理欄

身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	代理権確認 <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・福祉課・介護保険課】		