様式第２号（第３条関係）

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

　　都城市長　　　　宛て

　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）のうち該当するものに○を付ける。

　　　※　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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 生年月日 | 明・大・昭 年　月　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 明・大・昭年　月　日 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 被保険者の世帯主との続柄 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　　　　　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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処　理　欄 | 受付 | 回　収 | 交　付 | 代理権確認　□個番カード□その他（ 　　　　　　 ） | 点検 |
|  | 被保険者証・資格者証（回収・未回収）（　　／　　） | 資格者証 | 被保険者証 | 受給資格証明書 |  |
| 身元確認　　□個番カード□その他（　　　　 　　） |
| 番号確認　　□個番カード□その他（　　　　 　　　　） |