

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													
	被保険者の世帯主との続柄												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（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 <input type="checkbox"/> 個番カード	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	<input type="checkbox"/> その他 ()	
						身元確認 <input type="checkbox"/> 個番カード	
						<input type="checkbox"/> その他 ()	
						番号確認 <input type="checkbox"/> 個番カード	
						<input type="checkbox"/> その他 ()	