介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

粕屋町長　様

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〇を付ける。
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　　（　　）		

＊届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	3 4 9 0		個人番号	
	フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　名		男・女	世帯主との続柄	

世帯主	氏 名		個人番号	
			生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
			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	
		入所年月日	年　　月　　日

※粕屋町記入欄

申請者	☐ 本人　☐ 代行 ☐ 代理人　☐ 郵送	個人番号確認書類提示	有 ・ 無	個人番号システム確認	☐
代理権確認	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 委任状 ☐ その他（　　）	身元確認書類提示 有・無	○ 個人番号カード ○ 運転免許証 ○ 住基カード ○ その他写真付証明書	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ その他（　　）	

R2.12