様式第2号（第2条関係）

介護保険　住所地特例適用・変更・終了届

山梨市長　様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

＊上記（適用・変更・終了）の該当するものに丸をつける。
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		個人番号	
	フリガナ		生年月日	
	氏名		世帯主との続柄	

世帯主	個人番号			
	氏名		生年月日	

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	

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	

【市記入欄】

被保険者の本人・番号確認書類	□マイナンバーカード　□運転免許証　□パスポート　□医療保険証 □介護保険被保険者証　□その他（　　）					
届出人の本人確認書類 ※届出人本人の場合不要	□マイナンバーカード　□運転免許証　□パスポート　□医療保険証 □介護保険被保険者証　□登記事項証明書（成年後見人）　□その他（　　）					
受付者		証回収□（被保険者証□　負担割合証□　負担限度額認定証□）証未回収□				
資格者証交付□	入力者		確認者		証交付	