

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																				
	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	