

介護保険 住所地特例（適用・変更・終了）届

(あて先)川口市長

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。

*該当するものに○をつけてください。

適用:在宅→施設 変更:施設→施設 終了:施設→在宅

		届出年月日	年	月	日
届出人住所	〒				
		電話番号	()		
届出人氏名					
		本人との関係	()		

*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

被保険者番号		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
個人番号		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
被 保 険 者	氏名 (フリガナ)											世帯主との続柄 ()	男	・	女	
														明・大・昭	年	月

個人番号		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
世 帯 主	氏名 (フリガナ)														男	・	女
														明・大・昭	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																
	施設名																
	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																
	施設名																
	入所(居)年月日		年	月	日												

市 処 理 欄	届出人		1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 認定調査員証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 社員証(写真有) <input type="checkbox"/> その他()			
			2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 社員証(写真無) <input type="checkbox"/> その他()			
	被 保 険 者	本人確認(届出人の場合には不要)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()				
		個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他()				
	世 帯 主	本人確認(届出人の場合には不要)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()				
		個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他()				