

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

奈良市長

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。

※ 上記（適用・変更・終了）より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	被保険者との関係	
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	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女

世 帯 主	氏名	被保険者からみた世帯主との続柄	生年月日	明・大・昭 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		

身元確認	個人番号カード 運転免許証 パスポート 身体障害者手帳 被保険者証 年金手帳 その他()
番号確認	個人番号カード 通知カード 住民票 システム確認 過去ファイル確認 その他()
代理権確認	委任状 戸籍謄本 健康保険証 介護保険被保険者証 その他()

※身元確認については顔写真がない場合は2点での確認が必要