

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

甲良町長 殿

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○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	令和 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 ()	

※届出人が被保険者本人の場合は、届出人住所・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											
	氏名						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
							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									

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	令和 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	令和 年 月 日								

※被保険者及び世帯主以外の方が届出人となる場合は委任状が必要です。

委任状

令和 年 月 日

甲良町長 殿

私の介護保険住所地特例適用・変更・終了届出について、下記の代理人に委任します。

※上記（適用・変更・終了）より該当するものに○をつける。

在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

<代理人>（窓口へ来られる方）

住所

氏名

印

※自署以外の場合は押印が必要です

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年

月

日

<被保険者>（委任される方）

住所

氏名

印

※自署以外の場合は押印が必要です

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年

月

日

※代理人が窓口へ来られる際は、代理人の本人確認ができるもの（運転免許証等）をご持参ください。