

(様式第4号)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 福岡市 区長

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。

※ 届出者欄は、被保険者本人以外の方が届け出られる場合のみ記入してください。		届出年月日	
		年	月 日
届出者	フリガナ		
	氏名	本人との関係	
	住所	(電話番号)	
提出代行者 氏名(事業所名)	(電話番号)		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		世帯主との続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	性別	男 ・ 女		

世帯主	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	性別	男 ・ 女		

異動前住所	従前の住所	(電話番号)		
	※ 施設欄は、従前の住所が施設の場合のみ記入してください。			
	施設名称			
	退所年月日	年	月	日

異動後住所	現在の住所	(電話番号)		
	※ 施設欄は、現在の住所が施設の場合のみ記入してください。			
	施設名称			
	入所年月日	年	月	日

以下は記入しないでください。

受付印	個人番号カード提示	有・無				
	個人番号確認書類提示	有・無				
	個人番号システム確認済	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人	代理権の確認		
	身元確認書類		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 代行	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証		<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 書面 ()		
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		課長	係長	担当者	受付
	<input type="checkbox"/> 介護保険料決定通知書					
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					