様式第2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る場合のみ記入してください。

届出年月日
令和　　年　　月　　日

届出者	フリガナ		本人との関係	
	氏　名			
	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	明・大・昭　　年　　月　　日

世帯主	フリガナ		個人番号	
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日

他世帯員	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　名			

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	
	施設　退所年月日	令和　　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	
	施設　入所年月日	令和　　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	□	□ 本人	代理権の確認		
	身元確認書類		□ 代理人	□ 同一世帯の親族		
	□ 運転免許証		□ 代行	□ 介護保険被保険者証		
	□ 健康保険被保険者証		□ 郵送	□ 書面（　　）		
	□ 介護保険被保険者証		課長	係長	担当者	受付
	□ 介護保険料決定通知書					
	□ 介護保険負担割合証					
	□ その他（　　）					