

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

久留米市長 あて

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届出します。

在宅 → 施設 : 適用
 施設 → 施設 : 変更
 施設 → 在宅 : 終了

	申請年月日	年 月 日
届出人氏名	被保険者との関係	1 本人 () 2 親 族 () 3 その他 ()
届出人住所	〒 電話番号() -	
委任欄	<input type="checkbox"/> 上記の者に、この申請に関することを委任します。	

※届出者が被保険者本人の場合、届出者の住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性 別	男 ・ 女

世 帯 主	氏 名		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(居)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

受 付	原課	田主丸	北野	城島	三瀧	耳納	筑邦	上津	高牟礼	千歳	FAX
--------	----	-----	----	----	----	----	----	----	-----	----	-----

受 付 印

処 理	被保険者証 回 取	受給資格証明書	適用終了年月日	負担限度額 認 定 状 況	施設通知 受理年月日	被保険者証 作成交付月日
	済 / 未	窓口 / 郵送	年 月 日	無 / 有 →	/	/

個人 番号	個・通・住・シ・職 ()	本人 確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞 ()
----------	------------------	----------	---------------------------