

様式第2号（第2条関係）

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届													
下呂市長 様													
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													
										申請年月日		年 月 日	
届出人氏名										本人との関係			
届出人住所		〒 電話番号											
*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要													
被 保 険 者	個 人 番 号												
	被保険者番号												
	フリガナ									生年月日		年 月 日	
	氏 名									性 別		男 ・ 女	
世 帯 主	氏 名			世帯主との続柄									
						生年月日		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											

個人番号等確認欄

番号確認		窓口（施設）に来た方の身元の確認	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し ・住民票記載事項証明書 ☐ その他 ()	1点確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神福祉手帳（写真付き） ☐ その他（ ）	
	2点確認	☐ 各保検証（ ） ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ その他（ ）	
	代理権確認 ☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ） (市確認者)		