

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

八王子市長 あて

介護保険法施行規則第25条第1項及び2項の規定により、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。

☒ 適用 在宅→施設
☐ 変更 施設→施設
☐ 終了 施設→在宅

届出人	届出年月日	令和 7 年 8 月 10 日										
	届出人氏名	ハチオウジ ナツキ										
	届出人住所	*被保険者本人が届出する場合は、記入不要です。 元本郷町3丁目24番1号										
	届出人電話番号	XXX-XXXX-XXXX										
	被保険者との関係	本人・ <u>家族</u> ・介護支援専門員・その他()										

被保険者	個人番号(12桁)	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	被保険者番号(10桁)	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
	フリガナ	ハチオウジ ハルコ										
	氏 名	八王子 春子										
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 5 年 4 月 3 日										

異動後の 世帯主	*被保険者が異動後の世帯主の場合は記入不要です。											
	個人番号(12桁)											
	氏 名											
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日										
	続柄											

異動前	住所	八王子市元本郷町3丁目24番1号											
	*従前の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)												
	施設	名 称											
		退所(居)年月日	年 月 日										
異動後	住所	××県××市××町××丁目××番×号											
	*異動後の住所が施設の場合、以下も記入してください。(施設でない場合は不要。)												
	施設	名 称	サービス付き高齢者向け住宅〇〇										
		入所(居)年月日	令和 7 年 8 月 15 日										

※事務処理欄

本人確認 ☐ 個人番号カード ☐ 医療保険証 ☐ 資格確認書	☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ その他	代理権確認 ☐ 委任状 ☐ その他()	個人番号確認 ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他()
備考欄			【 事務所・福祉課・介護保険課】