

本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状が必要です。

【 記 入 例 】 介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 高松市長

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届出ます。

*上記(適用・変更・終了)の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

		届出年月日	令和 ○年 ○月 ○日
届出人氏名	高松 花子	本人との関係	妻
届出人住所	〒761 - 0017 高松市番町一丁目8番15号	被保険者の個人番号が確認できる書類(個人番号カードまたは通知カードまたは個人番号が記載された住民票)を提示してください。	

*届出者が被保険者の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	フリガナ	タカマツ タロウ			
	氏名	高松 太郎			
		生年月日	大 昭 18年 7月 15日		
		世帯主との続柄	本人		

世 帯 主	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	氏名	高松 太郎	
		生年月日	大 昭 18年 7月 15日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒761 - 0017 高松市番町一丁目8番15号	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	年 月 日		

異 動 後 情 報	現住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○番地○	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	有料老人ホーム ○○○○	
	入所(居)年月日	令和 ○年 ○月 ○日		

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他()			
申請者確認欄	1点確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他()		
	2点確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他()		

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他()			
--------	---	--	--	--

確認者()

本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状が必要です。

【 記 入 例 】 介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 高松市長

次のとおり住所地特例 (適用・**変更**・終了) について届出ます。

*上記 (適用・変更・終了) の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

		届出年月日	令和 ○年 ○月 ○日
届出人氏名	高松 花子	本人との関係	妻
届出人住所	〒761 - 0017 高松市番町一丁目8番15号	被保険者の個人番号が確認できる書類 (個人番号カードまたは通知カードまたは個人番号が記載された住民票) を提示してください。	

*届出者が被保険者である場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	フリガナ	タカマツ タロウ			
	氏名	高松 太郎			
		生年月日	大・昭 18年 7月 15日		
		世帯主との続柄	本人		

世 帯 主	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	氏名	高松 太郎	
		生年月日	大・昭 18年 7月 15日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○番地○	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	サービス付き高齢者向け住宅 △△△
		退所(居)年月日	令和 ○年 ○月 ○日

異 動 後 情 報	現住所	〒○○○-○○○ △△県△△市△△町△△番地△	電話番号 (○○○) ○○○ - ○○○○
	*異動後居住地在施設の場合、以下も記入のこと		
	施設	名称	有料老人ホーム ○○○○
		入所(居)年月日	令和 ○年 ○月 ○日

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()			
申請者確認欄	1点確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他 ()		
	2点確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他 ()		

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()			
--------	--	--	--	--

確認者 ()

本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状が必要です。

【 記 入 例 】

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 高松市長

次のとおり住所地特例 (適用・変更・**終了**) について届出ます。

*上記 (適用・変更・終了) の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

		届出年月日	令和 ○年 ○月 ○日
届出人氏名	高松 花子	本人との関係	妻
届出人住所	〒761 - 0017 高松市番町一丁目8番15号	被保険者の個人番号が確認できる書類 (個人番号カードまたは通知カードまたは個人番号が記載された住民票) を提示してください。	

*届出者が被保険者である場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	フリガナ	タカマツ タロウ			
	氏名	高松 太郎			
		生年月日	大 昭 18年 7月 15日		
		世帯主との続柄	本人		

世 帯 主	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	氏名	高松 太郎	
		生年月日	大 昭 18年 7月 15日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○番地○	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	サービス付き高齢者向け住宅 △△△
		退所(居)年月日	令和 ○年 ○月 ○日

異 動 後 情 報	現住所	〒○○○-○○○ △△県△△市△△町△△番地△	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	年 月 日

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()			
申請者確認欄	1点確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他()		
	2点確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他()		

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()			
--------	--	--	--	--

確認者 ()

