



決裁日 住所地特例を適用・変更・終了します。	年 月 日	受付日 年 月 日
課 長	係長	係
		保健福祉センター・支所

太枠内のみ記入してください。

介護保険住所地特例 適用・変更・終了届

尼崎市 長 あて

適用
次のとおり住所地特例の 変更 について届け出ます。
終了
(該当事由に○印を付けて下さい。)

届 出 日	年 月 日	
届 出 人	氏名	住所 〒
	被保険者との続柄 ()	電話番号

※届出人が被保険者本人の場合は、届出人欄の住所・電話番号の記入は不要です。

被保険者番号	個人番号	
被保険者	フリガナ	生年月日
	氏 名	年 月 日
	前住所	性 別 男 ・ 女
	現住所 〒	
	電話番号(退所・退居の場合のみ記入)	
世帯主	氏 名	生年月日
	被保険者との続柄 ()	性 別 男 ・ 女

※世帯主が被保険者本人の場合は、世帯主欄の生年月日・性別の記入は不要です。

介護保険施設等	入所・入居施設 名 称 電話番号	退所・退居施設 名 称 電話番号
	入所・入居日 年 月 日	退所・退居日 年 月 日

※介護保険施設等を変更する場合は、入所(居)施設欄・退所(居)施設欄ともに記入してください。

届 出 確 認			
代理権確認	届出人確認		番号確認
1.委任状 2.登記事項証明書 3.本人確認書類 保(国・社・後・介)年金・診・ キャ・クレ・通帳・他()	1点 確認	マイ・免・旅・手・ 他()	1.マイナンバーカード 2.通知カード 3.住民票等 4.その他()
	2点 確認	保(社・国・後・介)年金・ 診・キャ・クレ・通帳 他()	

認定	無	申請中	済	被保険者証発行	未	済
----	---	-----	---	---------	---	---