

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

枝 幸 町 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)のうち該当するものに○を付けてください。

在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 <span style="float:right">電話番号</span>		

※届出人が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女

世 帯 主	フリガナ		世帯主との続柄	個人番号
	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 <span style="float:right">電話番号</span>		
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入			
	施設名称	退所年月日 年 月 日		

異 動 後 情 報	現住所	〒 <span style="float:right">電話番号</span>		
	※異動後居住地が施設の場合、以下も記入			
	施設名称	入所年月日 年 月 日		