

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

市町村長 様

次の通り住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

*上記（適用・変更・終了）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

		届出年月日	平成 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	被保険者番号													
	個人番号													
	フリガナ													
	氏 名													
		生年月日	明・大・昭 年 月 日											
		性 別	男 ・ 女											

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄	
			生年月日	明・大・昭 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 名 称			
	設 退所年月日	平成 年 月 日		

異 動 後 情 報	現 住 所	〒 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 名 称			
	設 入所年月日	平成 年 月 日		