

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	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											
	施設名称											
	退所年月日	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											
	施設名称											
	入所年月日	年 月 日										