

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

猿 払 村 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）より該当するものに丸をつける

住宅→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														