

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

芽室町長

あて

次のとおり住所地特例（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○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 _____															
	*異動後居宅地が施設の場合、以下も記入のこと																
	施設	名称															
	入所年月日	年 月 日															