介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

菊 川 市 長　あて

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 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏　名 |  | 世帯主との関係 |
|  | 生年月日 | 　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(居)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(居)年月日 | 　　年　　月　　日 |