介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

中　間　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
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	年　月　日
			性別	男　・　女

世帯主	個人番号			
	氏名		世帯主との続柄	
			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