

## 介護保険住所地特例適用・変更・終了届

海陽町長 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）のうち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		生 年 月 日	年    月    日
	氏 名		性 別	男    ・    女

世 帯 主	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（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			
		退所（居）年月日	年    月    日		