

介護保険住所地特例 適用・変更・終了 届

厚沢部町長 様

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)に該当するものに○をつけて下さい。

在宅→施設の場合は「適用」 施設→施設の場合は「変更」 施設→在宅の場合は「終了」

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒 ー 電話番号		

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
異動年月日											年 月 日		

世 帯 主	氏 名											生年月日	
												年 月 日	
												性別	男・女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー 電話番号										
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入ください。											
	施設	名 称										
	退所年月日											

異 動 後 情 報	現住所	〒 ー 電話番号										
	※異動後居住地が施設の場合、以下も記入ください。											
	施設	名 称										
	入所年月日											