

介護保険住所地特例 適用・変更・終了 届

森町長 様

次のとおり住所地特例の適用・変更・終了について届け出ます。

※下記の届出区分のうち、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」

届出区分	適用 ・ 変更 ・ 終了	届出年月日	令和	年	月	日
届出人氏名			本人との関係			
届出人住所	〒					
	TEL					

※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												生年月日
	フリガナ												年 月 日
	氏名												性 別
													男 ・ 女
	世帯主との続柄												

世 帯 主	個人番号												生年月日
	フリガナ												年 月 日
	氏名												性 別
													男 ・ 女
	世帯主との続柄												

異 動 前 情 報	従前の住所	〒											
													TEL
	※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	〒											
													TEL
	※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										