

課長	課長補佐	係長	主査	担当

介護保険 住所地特例（適用・変更・終了）届

瀬戸内市長 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)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	0 0 0 0								
	個人番号									
	フリガナ									
	氏 名			生年月日	明・大・昭 年 月 日					
			性 別	男 ・ 女						

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄	
			生年月日	明・大・昭 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								