

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			被保険者との続柄		
			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
			性 別	男 ・ 女		

異 動 前 情 報	従 前 の 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				

課 長	課長補佐	係 長	係	担当	入力者	入力日

受付印