|  |
| --- |
| **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 |
| 　 |

受付印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 | 担当 | 入力者 | 入力日 |
|  |  |  |  |  |  |  |

受付印

受付印

受付印

受付

受付印

受付印