**介護保険　住所地特例適用・変更・終了届**

○○市（町村）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）の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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 世帯主との続柄 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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(居)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(居)年月日 |  |