

## 介護保険住所地特例適用・変更・終了届

由 仁 町 長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届けます。

\* 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
届出者氏名		本人との関係
届出者住所	〒 _____ 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	年   月
	氏 名		性 別	日

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄	
			生年月日	年   月   日
			性 別	

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