

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

上 山 市 長 殿

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○をつけてください。

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です。

被 保 険 者	被保険者番号										
	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、以下も記入してください。										
	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、以下も記入してください。										
	施設	名 称									
	入所年月日	年	月	日							

書 類	交付	回収
被保険者証		
資格者証		
受給資格証明書		

確 認	入 力	受 付