**介護保険　住所地特例　適用･変更･終了　届**

矢巾町長　　　　　　　　　　　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○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 | 令和　　　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 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 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 | 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 | 　　　令和　　　　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 | 　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |