# 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〇をつける

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 | 〒　　－<br>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 | 〒　　－<br>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 | 〒　　－<br>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 |