

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

常陸太田市長 殿

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

* 上記（適用・変更・終了）については、下記の区分により該当する項目を○で囲んでください。

在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

	申請年月日	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、届出者住所の欄は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号											生年月日	年 月 日
	個人番号												
	フリガナ											性 別	男 ・ 女
	氏 名												

世 帯 主	氏 名											世帯主との続柄	生年月日	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												

異 動 後 情 報	現住所											電話番号
	*異動後住所が施設の場合、以下も記入してください。											
	施設	名称										
入所年月日												