

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

東大和市長 様

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)の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			
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	
			性 別	男 ・ 女

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