

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)について届出ます。

*上記(適用・変更・終了)の該当するものに丸をつける。
住所特例:適用 施設→施設:変更 施設→在宅:終了

ご記入いただく方の氏名・住所等をお書きください。

届出人氏名	大和 太郎	届出年月日	年 月 日
届出人住所	〒207-0000 〇〇市〇〇1-23-4	本人との関係	子
		電話番号	042-123-4567

*届出者が被保険者である場合は、被保険者の氏名等をお書きください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	施設入所される被保険者の被保険者番号・氏名等をお書きください。	
	フリガナ	ヤマト ハナコ		生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日
	氏名	大和 花子		世帯主との続柄	本人

世帯主の氏名等をお書きください。

世 帯 主	氏名	大和 花子	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日
-------------	----	-------	------	-------------

施設入所前の住所をお書きください。

異 動 前 情 報	従前の住所	〒207-0000 〇〇市〇〇1-23-4	電話番号	042-123-4567
	*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			

入所される施設前の住所・施設名等をお書きください。

異 動 後 情 報	現住所	〒123-4567 △△市△△△5-67-89	電話番号	042-563-2111
	*異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設	名称	施設名	
	入所(居)年月日	令和〇年〇月〇日		