介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

　　　白子町長　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）より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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 | 生年月日 | 明･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(居)年月日 | | 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 | | 年　　月　　日 |