

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

下妻市長 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）より該当するものに○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	令和〇〇年××月□□日
届出人氏名	介護 太郎	本人との関係	子
届出人住所	〒123-4567 〇〇県××市1-1 電話番号 012-345-6789		

\* 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	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
	フリガナ	カイゴ イチロウ			
	氏 名	介護 一郎		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 〇〇年××月△△日生
				性 別	<b>男</b> ・ 女

世 帯 主	氏 名	世帯主との続柄	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
		性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従 前 の 所	〒234-5678 ××県□□市2-2 電話番号 123-456-7890			
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名 称	特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇		
		退所年月日	令和××年□□月△△日		

異 動 後 情 報	現 住 所	〒345-6789 〇〇県××市3-3 電話番号 234-567-8901			
	* 異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名 称	特別養護老人ホーム□□□□□		
		入所年月日	令和〇〇年△△月××日		

