

記入例

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

受付印

岬町長 宛

いずれかに○

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

住宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		届出年月日	平成○年○月○日
届出人氏名	岬 花子	本人との関係	妻
届出人住所	〒599-0392 岬町深日2000-1 電話番号 492-2000		

* 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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
	フリガナ 氏 名	ミサキ タロウ		生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> ○ 年○月○日
		岬 太郎		性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
世 帯 主	氏 名	岬 太郎	世帯主との続柄		
			本 人	生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> ○ 年○月○日
				性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒599-0392 岬町深日2000-1 電話番号 492-2000	
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと		
	施設	名 称	介護老人保健施設 ○○○○○○
	退所年月日	平成 ○ 年 ○ 月 日	
異 動 後 情 報	現住所	〒599-3000 ○○市○○ 5000-1 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	介護老人保健施設 ○○○○○○
	入所年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	

※処理欄（以下は記入しないでください）

受付	入力	連絡票	保険証	他処理