

# 介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

受付印
-----

岬町長 宛

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	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										
	フリガナ氏名	-----									
		生年月日	明・大・昭	年 月 日	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									
	入所年月日	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