介護保険　住所地特例適用・変更・終了届

（兼被保険者適用除外者終了届）

当麻町長　　　あて

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出します。

※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 | 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 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏　名 |  | 世帯主の  続柄 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 生年月日 | 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 |