

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

一関地区広域行政組合管理者 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 年 月 日

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒		
	電話番号		

*届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	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									
	*異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと										
	施設	名 称									
	入所年月日	年	月	日							