

様式第1号の2(第3条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

名寄市長 様

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○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	郵便番号  電話番号		

※届出者が被保険者本人の場合、届出者住所及び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	
	氏 名		明・大・昭	年 月 日
			性別	男 ・ 女

世 帯 主	氏 名		世帯主の 続 柄	
			生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	郵便番号	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	異動後の住所	郵便番号	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

※担当者記入

適用・変更・終了年月日	年 月 日
-------------	-------