介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

深川市長　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）の該当するものに丸を付けて下さい

　　　　　　　居宅→施設：適用、 施設→施設：変更、施設→居宅：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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  | 世帯主との続柄 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏名 |  | 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、以下も記入してください |
| 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、以下も記入してください |
| 施設 | 名　称 |  |
| 入所年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |