

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

浦 添 市 長 殿

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てください。
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
フリガナ	本人との関係	
届出人氏名		
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	0	0	0	0							
	フリガナ											
	氏 名											生年月日

世 帯 主	フリガナ		世帯主との続柄		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	氏 名					

* 世帯主が被保険者本人の場合は記載不要

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は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は以下も記入してください。											
	施設	名 称										
入 所 年月日		年 月 日										