

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(届出先) 佐久市長

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	令和 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	明・大・昭 年 月 日
	氏名	_____	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

課長等	係長	係	受処理欄