

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

美作市長 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	令和	年	月	日
届出人氏名	(印)	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										
	フリガナ										
	氏名	(印)					生年月日	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	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（居）年月日	令和	年	月	日					

異 動 後 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									
		入所（居）年月日	令和	年	月	日					