

## 介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

甲 賀 市 長 あて

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	〒  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																					
	氏 名	生年月日	明・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	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																				