介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

甲　賀　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	平成　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			
	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	平成　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	平成　年　月　日