

様式第1号(第4条関係)

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

米原市長 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

住宅→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																		生年月日	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	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																	