

# 介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

南幌町長 あて

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出します。

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		被保険者との関係	1 本人	
			2 親族 ( )	
			3 その他 ( )	
届出人住所	〒	電話番号 ( )	—	
委任欄	<input type="checkbox"/> 上記の者に、この届に関する事を委任します。			

※届出者が被保険者本人の場合、届出者の住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0	個人番号																
	フリガナ				性別	生年月日													
	氏名				男・女	明・大・昭年月日													

世帯主	氏名		性別	生年月日									
			男・女	明・大・昭年月日									

異動前情報	従前の住所	〒	電話番号 ( )	—										
	※施設欄は、従前の住所が施設の場合のみ記入してください。													
	施設	名 称												
	退所（居）年月日	年 月 日												

異動後情報	現住所	〒	電話番号 ( )	—										
	※施設欄は、従前の住所が施設の場合のみ記入してください。													
	施設	名 称												
	入所（居）年月日	年 月 日												