**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 | □　上記の者に、この届に関することを委任します。 | | | | |

　※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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |