

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		