

この用紙は「介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届」の書き方です。
同封の「介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届」にご記入の上、郵送願います。

様式 1

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(あて先)

旭川市長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

※ 上記（適用・変更・終了）のうち該当するものに○印をつける

{ 適用：在宅→介護保険施設 変更：介護保険施設→介護保険施設 終了：介護保険施設→在宅 }

| | | | |
|-------|-----------------------|--------|----|
| 届出年月日 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | |
| 届出人氏名 | 旭川太郎 | 本人との関係 | 本人 |
| 届出人住所 | 〒 ※ 本人の場合記入不要 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 | 0 0 0 * * * * * * * | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | アサヒカワ タロウ | 1 | 2 | 3 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| | 氏名 | 旭川太郎 | 生年月日 | 明・大・昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|----|------|---------|------|-------------------|-------------------|-------|-------|
| 世帯主 | 氏名 | 旭川太郎 | 世帯主との続柄 | 本人 | 生年月日 | 大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| | | | 本人 | 生年月日 | 大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 性別 | 男 ・ 女 | |

| | | | |
|-------|---------------------------|--|--|
| 異動前情報 | 従前の住所 | 〒 070-**** 旭川市*条*丁目*-* 電話番号 0166-**-**** | |
| | ※異動前住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | |
| | 施設 | 名称 | いずれかに○印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設） |
| | 退所年月日 | 平成・令和 | 年 月 日 |

| | | | |
|-------|----------------------------|---|---|
| 異動後情報 | 現住所 | 〒 入所先施設の郵便番号・住所・電話番号（住所特例適用施設） 電話番号 | |
| | ※異動後居住地が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | |
| | 施設 | 名称 | 入所先施設（住所地特例適用施設）の名称 いずれかに○印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設） |
| | 入所年月日 | 平成・令和 | **年 **月 **日 |

この用紙は「介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届」の書き方です。
同封の「介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届」にご記入の上、郵送願います。

様式 1

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(あて先)

旭 川 市 長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

※ 上記（適用・変更・終了）のうち該当するものに○印をつける

{ 適用：在宅→介護保険施設 変更：介護保険施設→介護保険施設 終了：介護保険施設→在宅 }

| | | |
|-------|-----------------------|----------------|
| | 届出年月日 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| 届出人氏名 | 本人との関係 | 本人 |
| 届出人住所 | 〒 ※ 本人の場合記入不要 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 | 0 0 0 * * * * * | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | アサヒカワ タロウ | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 旭川太郎 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | | | | | | | |
| | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----|------|---------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 世 帯 主 | 氏名 | 旭川太郎 | 世帯主との続柄 | | | | | | | | | | |
| | | 本人 | 生年月日 | 大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | | | | | | |
| | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 異 動 前 情 報 | 従前の住所 | 〒 ***-**** 退所する施設の郵便番号・住所・電話番号 電話番号 **-****-**** | | | | | | | | | |
| | ※異動前住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | |
| | 施設名称 | 退所する施設の名称 <small>いずれかに○印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設）</small> | | | | | | | | | |
| | 退所年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 異 動 後 情 報 | 現住所 | 〒 入所先施設の郵便番号・住所・電話番号（住所特例適用施設） 電話番号 | | | | | | | | | |
| | ※異動後居住地が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | |
| | 施設名称 | 入所先施設（住所地特例適用施設）の名称 <small>いずれかに○印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設）</small> | | | | | | | | | |
| | 入所年月日 | 平成・令和 **年 **月 **日 | | | | | | | | | |

この用紙は「介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届」の書き方です。
同封の「介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届」にご記入の上、郵送願います。

様式 1

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(あて先)

旭 川 市 長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

※ 上記（適用・変更・終了）のうち該当するものに○印をつける

{ 適用：在宅→介護保険施設 変更：介護保険施設→介護保険施設 終了：介護保険施設→在宅 }

| | | |
|-------|---------------|----------------|
| | 届出年月日 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| 届出人氏名 | 旭川太郎 | 本人との関係 |
| | | 本人 |
| 届出人住所 | 〒 ※ 本人の場合記入不要 | |
| | 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 | 0 0 0 * * * * * | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | アサヒカワ タロウ | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | 旭川太郎 | | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 明・大・昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 1 | 2 | 3 | * | * | * | * | * | * | * | * |
| | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|------|---------|------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 世 帯 主 | 氏 名 | 旭川太郎 | 世帯主との続柄 | | | | | | | | | | | |
| | | | 本人 | 生年月日 | 大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | | | | | | |
| | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 異 動 前 情 報 | 従前の住所 | 〒***** 退所する施設の郵便番号・住所・電話番号 電話番号 **-***-**** | | | | | | | | | | |
| | ※異動前住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | | |
| | 施 設 名 称 | 退所する施設の名称 いずれかに○印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設） | | | | | | | | | | |
| | 退所年月日 | 平成・令和 **年 **月 **日 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 異 動 後 情 報 | 現 住 所 | 〒***** 異動先の郵便番号・住所・電話番号 （死亡の場合、この欄は記入不要） 電話番号 | | | | | | | | | | |
| | ※異動後居住地が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | | |
| | 施 設 名 称 | いずれかに○印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設） | | | | | | | | | | |
| | 入所年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |