|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　 名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　 年 　　月 　　日 |
| 性別 | 男　　 ・　 　女 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |
|  | 生年月日 | 大・昭・平　　 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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

 |