

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															