

## 介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

熊本県天草市長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

\* 上記（適用・変更・終了）より該当するものに○をつけてください

《 在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了 》

	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	〒 <span style="float: right;">電話番号</span>				

\* 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		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女

世 帯 主	氏名		世帯主との続柄	
			生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 <span style="float: right;">電話番号</span>			
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名称			
	退所年月日	令和 年 月 日			

異 動 後 情 報	現住所	〒 <span style="float: right;">電話番号</span>			
	* 異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設	名称			
	入所年月日	令和 年 月 日			