

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

阿賀町長 様

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）の該当するものに丸をつける

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			本人との関係
届出人住所	〒 電話番号		

*届出人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									
	フリガナ									
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日				
		性 別	男 ・ 女							

世 帯 主	フリガナ									
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日				
		性 別	男 ・ 女							

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 電話番号							
	*異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと								
	施設	名 称							
		入所年月日	年	月	日				

異 動 後 情 報	現住所	〒 電話番号							
	*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	年	月	日				