介護保険　住所地特例　適用 ・ 変更 ・ 終了　届

可児市長　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）により該当するものに○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 | | | | | | 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 ｶﾞ ﾅ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主との続柄 | |  | | | | | | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所日 | | 年　　 　月　 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 異動後情報 | 異動後の住所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| ※異動後の住所が施設の場合、以下も記入のこと | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施　設 | 名 称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所日 | | 年　　 　月　 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |