

様式第1号(第2条関係)

(介護保険) 住所地特例 適用・変更・終了 届

山都町長 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)から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															
	フリガナ															
	氏名												生年月日	年月日		
	個人番号															性別

世 帯 主	氏名		世帯主との続柄	
			生年月日	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											
	退所年月日	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											