

様式第1号の2(第3条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届書

有田町長 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)より該当するものに○を付ける。

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、届出者住所及び電話番号は記載不要

被 保 険 者	個人番号										
	被保険者番号										
	フリガナ				生年月日	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	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、以下も記入してください。					
	施 設	名 称				
	退所年月日	年 月 日				

異 動 後 情 報	現 住 所	〒 電話番号				
	*異動居住地が施設の場合、以下も記入してください。					
	施 設	名 称				
	入所年月日	年 月 日				