

様式第3号(第8条関係)

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

北茨城市長 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)より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	
												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										