

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）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		個人番号	
	フリガナ	-----		生年月日
	氏名			年 月 日
			世帯主との続柄	

世 帯 主	個人番号			
	氏名			生年月日
			年 月 日	

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（居）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（居）年月日	年 月 日		