

様式第1号の2 (第4条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

(あて先)久御山町長

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○をつける

居宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→居宅：終了

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	〒 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																			原 因：死亡・その他 異動日：()
	個人番号																			
	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

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