様式第1号(第3条関係)

介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

　　　士別市長　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 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |  |
| フリガナ | 　 | 世帯主の続柄 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏名 | 　 | 　 |
| 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 |