

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	・

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