

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

[illegible]

世帯主	個人番号													
	氏名												生年月日	

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	

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	