

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了届

阿賀町長 _____ 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）より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	平成 年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	〒 _____ 電話番号 _____	

*届出人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	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
	フリガナ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
	氏 名	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
		生年月日	明・大・昭		年 月 日						
	性 別	男		・ 女							

世 帯 主	氏 名	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _										
		世帯主との続柄	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
		生年月日	明・大・昭		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	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
		入 所 年 月 日	平成		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	平成		年 月 日							

