

介護保険住所地特例適用・変更・終了届書

石垣市長 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)に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

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関係		
申請者住所	〒		電話番号	—	—

※申請者が被保険者の場合、申請者住所・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																	生年月日	明・大・昭			年	月	日														
	氏名																	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、以下も記入すること。					
	施設	名称				
		退所(居)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、以下も記入すること。					
	施設	名称				
		入所(居)年月日	年	月	日	

