介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

　　年　　月　　日

　佐野市長　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）より該当するものに丸をつける

　適用：住宅→施設　　 変更：施設→施設 　　終了：施設→在宅

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
|  |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  　年 　 　月 　　日 |  |
| 性　　別 | 男　　　・　　　女 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏　名 |  | 世帯主との続柄 |  |
|  |  |
|  | 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 |