|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例適用・変更・終了届　幌延町長　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 | 　　　　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 |  |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |