介護保険住所地特例　適用・変更・終了届

白糠町長　棚　野　孝　夫　殿

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）より該当するものに〇をつける。

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	印	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	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	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	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