

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

泉南市長 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）の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
	氏名			世帯主との続柄

世 帯 主	個人番号		生年月日	
	氏名			

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

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(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、以下も記入のこと			
	施設	名称	入所(居)年月日	年 月 日