**介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届**

**宿 毛 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○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 ｶﾞ 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** |