別記様式第1号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例(開始・変更・終了)届出書　聖籠町長　　　　様　次のとおり住所地特例(開始・変更・終了)について届け出ます。　　※　(　)内は以下の基準により該当するものに○をつけてください。　　　　　在宅→適用：開始　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　　　　　　　　　　 |
| 　届出人が被保険者本人の場合は、届出人の氏名のみ記入してください。 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |
| フリガナ | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 　 |
| 　 | 世帯主 | 氏名 | 　 | 世帯主との続柄 | 　 | 　 |
| 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 　 |
| 　 | 異動前住所 | 従前の住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 | 　 |
| ＊異動前住所が施設の場合は、以下も記入してください。 |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 退所年月日 | 　 |
| 　 |
| 　 | 異動後住所 | 現住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 | 　 |
| ＊異動後住所が施設の場合は、以下も記入してください。 |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 退所年月日 | 　 |
| 　 |