介護保険住所地特例適用･変更･終了届

（あて先）寝　屋　川　市　長

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	平成　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	0 0 0 0		
	フリガナ		生年月日	性別
	氏名		明・大・昭 年　月　日	男・女
	個人番号			
世帯主	フリガナ	世帯主との続柄	生年月日	性別
	氏名		明・大・昭 年　月　日	男・女
	個人番号			

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	
	施設　退所年月日	平成　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	
	施設　入所年月日	平成　年　月　日