

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

小田原市長 様

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○をつける
 住宅→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。
- * 本人、家族等以外の方が申請する場合は、「申請者氏名」欄に押印もお願いします。（認印、事業者印等）

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号										
	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 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	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									
		入所年月日	平成 年 月 日								

受付	確認	資格者証	処理	重複チェック