（別記様式２）

介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

上ノ国町長　工　藤　　昇　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	
届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所	〒 電話番号		

※　届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記入不要。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	
	氏　　名		性　　別	

世帯主	フリガナ		世帯主の続柄	生年月日	
	氏　　名			性　　別	

異動前情報	従前の住所		〒 電話番号
	※　異動前の住所が施設の場合は、以下も記入すること。		
	施設	名　　称	
		退所年月日	

異動後情報	現　住　所		〒 電話番号
	※　異動後の住所が施設の場合は、以下も記入すること。		
	施設	名　　称	
		入所年月日	