様式１

# 介護保険　住所地特例　適用・変更・終了　届

（あて先）

**鷹 栖 町 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）のうち該当するものに〇印をつける

{ 適用：在宅→介護保険施設　　変更：介護保険施設→介護保険施設　　終了：介護保険施設→在宅 }

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 届出年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 届出人氏名 | | 本人との関係 | |
| 届出人住所 | 〒<br>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 | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏　　名 | | 生　年　月　日 | 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 | 大・昭・平　　年　　月　　日 |
| | | | 性　　別 | 男　・　女 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 異動前情報 | 従前の住所 | 〒<br>電話番号 | |
| | ※異動前住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | |
| | 施設 | 名　　称 | いずれかに〇印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設） |
| | | 退所年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 異動後情報 | 現　住　所 | 〒<br>電話番号 | |
| | ※異動後居住地が介護保険施設の場合、以下も記入のこと | | |
| | 施設 | 名　　称 | いずれかに〇印（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設） |
| | | 入所年月日 | 令和　　年　　月　　日 |